

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N° 500

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Vladimir OUROUSSOFF

Né le 10 Avril 1917, à KHARKOFF

présentée et soutenue publiquement le

**COMMISSUROTOMIE MITRALE
ET GROSSESSE**

Président : M. F. de GAUDART d'ALLAINES (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

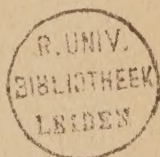
par

Vladimir OUROUSSOFF

né le 10 avril 1917 à Kharkoff

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le



-:-

COMMISSUROTOMIE MITRALE ET GROSSESSE

-:-

Président : M. F. de GAUDART d'ALLAINES
(Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CARNOT, CHABROL,
 CHAMPY, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
 GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE G.,
 LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN,
 LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON,
 OLIVIER, OMBREDANNE, RICHET, SANNIE, TANON,
 VELTER.

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I. PROFESSEURS

MM

Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education)	
phys. et aux Sports)	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd. et sociale	BERNARD J.
Carcinologie	OBERLING
Chimie Méd.	JAYLE
(Hôtel-Dieu	MENEGAUX
Clinique Chir. (Broussais	SICARD
(Salpêtrière	MOULONGUET
(Cochin	QUENU
Clin. chir. cardio-vasc.	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et)	MERLE d'AUBI-
orthop.)	GNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile)	
et d'orthop.)	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MONOD
Clinique de la Tuberculose	BERNARD E.
Clinique de neuro-chir. (	PETIT--
(	DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.	LELONG
Clinique des maladies cutanées)	
et syphilitiques)	DEGOS
Clinique des mal. du sang	CHEVALLIER
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infect.	MOLLARET

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN
Clinique Gynécologique	F. BRENTANO
Cliniques Médicales	BARIETY J. BESANÇON MOREAU de GENNES
Clinique méd. hydro-climat. thér.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR V.-R.
Cliniques Obstétricales	LANPUEJOUL VARANGOT LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique physio-pathol. des problèmes alimentaires	HAMBURGER
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESCILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	N...
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	Julien MARIE
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physico-chimie méd. (ch. t. pers.)	DOGNON
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique Chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
	(CABROL	Parasito.	BRUMPT
Anatomie	(DEBEYRE	Parasito.	CHABAUD
	(DELMAS		(ABOULKER
	(OLIVIER G.		BARCAT
	Melle GAU-		BAUMANN
Ana. Path.	THIER V.		CAUCHOIX
	BUSSER		DUBOST
	GOUYGOU		FAUREL
Bactériolo-	(CHRISTOL	Pat. chir.	FLABEAU
gie	(NEVOT		GERMAIN
Biol. Méd.	BOURLIERE		GOSSET
	(DESGREZ		LAURENCE
Chimie méd.	ETTORI		LORTAT-JACOB
	POLONOVSKI (J)		MATHEY
	(SCHAPIRA		OLIVIER (Cl.)
Dermato-syphil.	DUPERRAT		POILLEUX
Embryologie	TUCHMANN		THOMERET
	(BULLIARD		VERNE (J M)
Histologie	COUJARD	Pat. expé-	LOEPER
	(N..	riment.	MAURICE
Hydrologie	CORNET		(BOUVIER
	(BOYER		BOUDIN
Hygiène	(DEPARIS		BRICAIRE
Mal. infect.	BASTIN		BRISAUD
Médecine	(ALBAHARY		CASTAIGNE
légale et	(DEROBERT		COMTE
du	(GAULTIER		DEROT
Travail	(HADENGUE	Pat. méd.	DOMART
Neurochir.	DAVID		LAMOTTE
Neurologie	LHERMITTE		LAROCHE
	(GRASSET		MACREZ
	LE LORIER		MILLIEZ
Obstétrique	LEPAGE		PEQUIGNOT
	MERGER		PERRAULT
	MORIN		RAMBERT
	RAVINA		ROYER
	(ROBEY		THIEFFRY
Ophtalmologie	(BREGEAT		TURIAF
	(DESVIGNES		(WOLFRAMM
Orthopédie	JUDET		JOSEPH
Oto-rhino-	(AUBRY	Pédiatrie	POLONOVSKI Cl.
laryngo.	(MADURO		MOZZI CONACCI

	MM.		MM.
Pharmacol.	{ Melle LEVY	Psychiatrie	{ BARUK
	{ CHEYMOL		{ PICHOT
Physiol.	{ BARGETON	Psych. infant.	MICHAUX
	{ DEJOURS	Rhumatologie	DELBARRE
Physique }	{ PARROT	Stomatologie	{ CHAPUT Mme
Médicale }	{ DJOURNO		{ CERNEA
Pneumo-phtis.	{ GOUGEROT	Thérapeut.	CHASSAGNE
	KREIS	Urologie	KUSS

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l' EXERCICE
pour le Service des Examens

MM. GATELLIER, LE LORIER, VAUDESCAL

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	{ AMELINE	Clinique opht.	OFFRET
	{ HUGUIER	Urologie	COUVELAIRE
Clinique }	{ LEGER		{ DREYFUS
chir. }	{ PADOVANI	Clinique }	{ HAGUENAU
	{ ROUX	méd. }	{ KOURILSKY
	{ RUDLER		{ MARCHAL
Clinique }	{ ECALLE		
obstétr. }	{ MAYER		

Secrétaire Général de la Faculté..... M. MOREL
Secrétaire-Adjoint..... Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef..... Dr HAHN
Conservateur..... Melle GOICHON
..... { Melles DUMAITRE
Bibliothécaires..... LE NOIR
..... METIN
..... QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.

A mon Fils Pierre

Avec toute mon affection.

A S.A.R. Sixte de Bourbon Parme

En respectueux témoignage
de ma fidèle gratitude.

A tous mes Amis

A Monsieur le Professeur F. de GAUDART d'ALLAINES

Professeur de Clinique de Chirurgie
cardio-vasculaire à la Faculté de
Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Broussais
Membre de l'Académie nationale de Médecine
Membre de l'Académie de Chirurgie
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous fait l'honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

En témoignage de notre profonde
reconnaissance et avec notre
fidèle et respectueuse
admiration.

A Monsieur le Docteur G. RICORDEAU

Ex-Chef de Clinique à la Faculté de
Médecine de Paris

Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression
de nos remerciements.

A Monsieur le Professeur H. BENARD

Membre de l'Académie Nationale de
Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qu'il trouve ici l'expression
de notre attachement et de
notre fidèle gratitude.

A. Monsieur le Professeur LEVY-SOLAL

Membre de l'Académie nationale de
Médecine

Grand-Officier de la Légion d'Honneur

Qu'il veuille bien trouver
ici le témoignage de nos
remerciements pour l'en-
seignement si précieux
qu'il nous a donné.

A Monsieur le Docteur GARAUD

Ancien Chef de Clinique
Médecin Directeur de la Clinique
de Garches

Qui ne nous a jamais ménagé
son affectueux appui.

A tous nos Maîtres des Hôpitaux de Paris

COMMISSUROTOMIE MITRALE ET GROSSESSE

-:-

INTRODUCTION

- . -

Nous sommes loin de la période où l'asepsie remaniait profondément le pronostic obstétrical et où les cardiopathies se tenaient parmi les petits responsables de la morbidité foeto-maternelle.

Bien des facteurs pathologiques ont régressé devant les progrès de ces dernières années et la cardiopathie est peu à peu devenue un facteur important de cette morbidité gravidique.

Parmi les cardiopathies, celle qui nous intéresse ici particulièrement résistait devant les limites du geste thérapeutique médical et la difficulté du geste héroïque chirurgical.

Le rétrécissement mitral voit toute sa symptomatologie s'accroître dans des proportions parfois énormes lors d'une grossesse, la gravidité qui représente, en effet, déjà chez la femme normale un lourd fardeau cardiaque, va bouleverser l'équilibre souvent précaire de la sténose mitrale. Rapidement augmentent la dyspnée d'effort, -et la malade voit sa vie de plus en plus réduite dans ses gestes, -et la dyspnée de décubitus, et le repos même va en souffrir. Enfin, malgré des précautions, un régime sévère et un traitement médical, l'encombrement pulmonaire et la

pression dans la petite circulation vont provoquer après un temps d'oedème latent dyspnéisant, des crises d'oedème aigu, devenant subintrantes et mettant constamment la vie du fœtus et de la malade en danger. Si la grossesse parvient à son terme, c'est alors souvent au prix d'une aggravation de l'état cardiaque, la période post-gravidique trouve la malade en nette diminution de ses capacités vitales.

La Chirurgie cardiaque a pu apporter dans certains de ces cas un soulagement qui non seulement aura permis l'heureuse issue de la grossesse en cours, mais aussi la reprise d'une vie normale après la période gravidique.

Nous voulons montrer par ce travail que pour la sténosée mitrale enceinte, compte tenu des limites de l'indication opératoire, la commissurotomie est le traitement de choix.

HAMILTON pense que l'opération devrait être évitée durant la grossesse, exception faite de rares circonstances. BELLEVAL ne défend pas la chirurgie valvulaire mitrale durant la grossesse, il croit qu'à de rares exceptions près les malades qui souffrent de troubles "cardiaques congestifs" peuvent être amenés à terme et délivrés normalement avec un contrôle médical soigné. Bien plus, il croit que la chirurgie de la valve mitrale réactive fréquemment l'état rhumatismal, ce qui est éminemment indésirable durant la grossesse. Il plaide en faveur de la chirurgie mitrale après la période de la délivrance. GLOVER pense que la commissurotomie n'est pas recommandée durant la grossesse sinon pour les malades des classes 3 et 4. Il pense que les malades des classes 1 et 2

peuvent poursuivre leur grossesse et peuvent être délivrées sous traitement sérieux (cités par HALL et KNAPP).

MULCAHY a montré dans une communication que la commissurotomie est une intervention courante aujourd'hui et qu'elle est très bien tolérée au cours de la grossesse et a sauvé déjà nombre de vies. Cela ne veut pas dire, précise-t-il, que toute malade enceinte porteuse de sténose mitrale, doive nécessairement subir l'intervention chirurgicale, mais il y a avantage à la pratiquer si la malade présente des accidents importants.

LEBEL, DESSAUTELS et LESSARD pensent également qu'il y a souvent avantage à soumettre certaines malades enceintes porteuses de sténoses mitrales serrées au traitement chirurgical qui est parfois le seul indiqué et parfois le seul vraiment efficace.

REBOUL d'AUBIGNY rappelle qu'autrefois la grossesse dans les sténoses mitrales troublées posait dans les premiers mois l'éventualité d'un avortement thérapeutique, à son terme celle d'une hystérectomie ou d'une ligature des trompes. Aujourd'hui, cette ligne de conduite est à reconsidérer en fonction des possibilités de la commissurotomie. Cette opération facilement réalisable dans les quatre premiers mois de la grossesse, doit être envisagée chez toute femme dont la gêne fonctionnelle dépassant 50 % avant la gestation, se trouve brusquement et dangereusement accrue par elle. Conclusion identique à celle de WATT.

SURNIA, pour sa part, se demande si, au cours des trois premiers mois, la fréquence et la gravité des accidents cardiaques peuvent justifier une commissurotomie.

En réalité, répond-il, malgré quelques cas heureux publiés, il est normal qu'une commissurotomie soit plus grave pendant, qu'en dehors de la grossesse. Et surtout elle doit être considérée comme presque toujours inutile : avec un traitement médical correct, énergique et prolongé, les accidents du début de la grossesse cèdent presque toujours. Après le 3ème mois, la valvulotomie ne se justifie pas davantage. Il faut certes éviter à une cardiaque en imminence de décompensation une épreuve de travail, un forceps difficile, il faut savoir décider à temps une césarienne s'il en existe des raisons obstétricales mais malgré un cas publié à Dublin et fort discutable, il n'y a pas d'indication de valvulotomie à la fin de la grossesse.

Presque tous les auteurs reconnaissent que les accidents sont prévisibles et qu'ils doivent entraîner un traitement médical énergique dès leur apparition ou leur menace d'apparition, traitement poursuivi longtemps avec surveillance attentive pendant toute la grossesse. Pendant la grossesse, le rétrécissement mitral ne doit pas être traité par le chirurgien, mais par la triade classique : repos strict au lit, régime lacté, Digitaline.

HALL et KNAPP, citant 3 cas de sténoses mitrales opérées pendant la grossesse, concluent que les résultats en ont été favorables.

Nous avons cité divers auteurs aux opinions opposées ; après avoir présenté dix sept observations qui représentent l'ensemble des commissurotomies mitrales pratiquées sur des femmes enceintes dans le Service du Professeur d'ALLAINES à l'Hôpital Broussais, étalées d'octobre 1952 à février 1958, nous don-

nerons des résumés qui nous permettront de tirer des conclusions de la valeur thérapeutique de la commissurotomie chez les femmes enceintes.

OBSERVATION N° 1

Madame LUC... Josette. 30 ans. 1 enfant.
Sans profession. Enceinte de 5 mois. Ré-
trécissement mitral.

o

6 ans (1928) Crise de R.A.A. (Fièvre et
difficulté de la marche ; sans fluxion
articulaire semble-t-il. Traitement inconnu.

24 ans (1946) 1ère Grossesse, très bien sup-
portée, sans aucun incident, l'accouche-
ment se fait normalement.
La cardiopathie est encore inconnue.

25 ans (1947) Fièvre Oslérienne à Strepto-
coques Viridans, survenue 15 jours après
une fausse couche, guérie par la pénici-
lline (12 millions par jour pendant
26 jours).

Cardiopathie : c'est l'infec-
tion oslérienne qui a fait découvrir la
cardiopathie.

28 ans (1950) Scarlatine.
1950-1952 : aucun trouble fonctionnel.

30 ans (1952) 2ème grossesse : hospitalisée
début octobre pour un bilan préopératoire,
enceinte de 5 mois.

ACTUELLEMENT :

La dyspnée d'effort est un peu accentuée.

La malade peut monter 2 étages sans peine, mais la capacité physique semble avoir diminué légèrement depuis quelques semaines. Pas de dyspnée de décubitus.

Une quinzaine de jours avant son hospitalisation, a fait une crise d'oppression nocturne ayant duré une demi heure, avec toux et expectoration mousseuse.

Coeur - Auscultation :

Rythme régulier 80

Roulement diastolique à la pointe.

Souffle systolique d'intensité modérée à maximum endo-apexien irradiant assez largement. Souffle diastolique discret du 3ème, 4ème E.I.G., près du bord gauche du sternum.

Radioscopie Face :

Coeur un peu augmenté de volume dans sa portion ventriculaire, assez déformé par une saillie très allongée de l'arc moyen.

Le bord droit est peu saillant.

Pulmonaires importantes aux arborisations visibles loin dans les champs pulmonaires, flous modérés des hiles.

O.A.D. et T.G. :

Le bord postérieur du coeur est déformé par une saillie limitée mais extrêmement nette de l'O.G.

Expansion systolique auriculaire gauche
Pas de calcifications.

E.C.G. :

Rythme régulier.

Ondes auriculaires P bifides et allongées surtout en II.

Axe électrique perpendiculaire en I.

Diphasisme en T en II, en III et en aVF.
Dans les précordiales, petit bloc droit.
R.S. ne s'égalisant qu'en V6.

Poumons - Auscultation normale.
Radioscopie : R.A.S.

Foie - normal. Pas de reflux hépato-jugu-
laire.

Artères T.A. : 12-8. Artères périphériques
battantes.

Rate normale

Bilan rénal : Albumine 0
Sucre 0
Clearance Van Slyke et Phenol
normales

Examens complémentaires :

Urée 0,20
V.S. 45 - 47
G.R. 3.610.000 Hb 70 %
G.B. 11.200 V.G. 0,9
Cholestérol total 3 g p. mille
Cholestérol estérifié 2,10 p. mille
Rapport 70 %

Conclusions

Rétrécissement mitral chez une femme en-
ceinte de 5 mois présentant des crises
d'O.A.P., penchent pour la commissurotomie.

Intervention (10-10-52) Hôpital Broussais.
Service du Pr. d'Allaines - Compte rendu
opératoire :

Auricule et pulmonaire sous tension, sténo-
se serrée limitée par bourrlet, avec le valvu-
lotome on obtient un gain de quelques milli-

mètres aux dépens de la commissure antérieure, mais rien à la commissure postérieure, longue et fibreuse.

Résultat : Orifice n'admettant que l'index.

Suites opératoires immédiates normales.

La grossesse évolue normalement ne causant aucune gêne, pas d'essoufflement.

13 semaines plus tard (17-I-53), 3 semaines avant terme, accouchement par césarienne très bien supporté. Enfant vivant de 2 kg 950.

1 an 6 mois après l'intervention (mai 1954) va bien, pas de crises nocturnes, pas de crachats, travaille toute la journée et s'occupe de ses enfants et de son ménage le soir. Mène une vie absolument normale.

Auscultation coeur : Roulement diastolique léger presque inaudible. Souffle systolique léger vers la gauche.

Radioscopie coeur : Ventricule très nettement convexe et battements amples.
Hiles presque normaux
Saillie O.G. typique.

E.C.G. :

Axe inchangé, mais grosse amplitude de "R" dans les précordiales gauches.

OBSERVATION N° 2

Madame L... Paulette, 32 ans. Sans profession.
2 jumeaux. Enceinte de 3 mois et demi. Ré-
trécissement mitral.

o

Etiologie : Aucune notion de R.A.A. ni phorée,
ni scarlatine.

1ère Enfance : Essoufflement, la malade
se souvient de n'avoir pas pu courir aussi
facilement que les autres enfants.

11 ans (1931) 1ères règles.

Dyspnée sans modification sinon une légère
accentuation lors de l'apparition des 1ères
règles et par la suite à chaque période
pré-menstruelle.

23 ans (1943) Mariage.

25 ans (1945) 1ère grossesse, très bien sup-
portée, accouchement de 2 jumeaux (bivit.)
en bonne santé.

30 ans (1950) Sténose mitrale : découverte à
l'occasion d'un examen pour fatigue, es-
soufflement à l'effort avec une légère
recrudescence prémenstruelle.

32 ans (1952) : 2ème grossesse (actuelle) les
troubles fonctionnels sont accentués.
dyspnée à l'effort, s'arrête 3 à 4 fois
dans l'escalier, très fatiguée.
Tachycardie. Elle trouve que cette gros-
sesse lui est plus pénible que la premiè
re.

Fin novembre 1952 : Première hémoptysie.

Il y a 15 jours, le soir après une diges-
tion pénible, elle avait froid, très

essoufflée, oppressée en montant l'escalier elle a craché du sang pur.
Après s'être couchée, la dyspnée a augmenté, polypnée, oppression très marquée, suffocation.
Le médecin traitant appelé fait une saignée, Ouabaine et l'hémoptysie s'arrête.

Lendemain au réveil : l'hémoptysie reprend (sang rouge pur) vers midi, douleur thoracique droite sous-mamelonnaire avec irradiation vers l'épaule droite, le médecin consulté pense à une douleur distincte type rhumatismal, la dyspnée est très accentuée, il prescrit du Salicylate pensant à une crise de R.A.A.

Après deux jours : les douleurs disparaissent, la dyspnée diminue, mais la malade continue à cracher du sang.

Son médecin demande l'hospitalisation pour bilan cardio-vasculaire en vue d'un avortement thérapeutique.

6 décembre 1952 : Actuellement à son entrée à l'Hôpital Broussais.

Enceinte de 3 mois passés.

Dyspnée d'effort dès quelques pas.

Dyspnée de décubitus : surtout nocturne, toux amenant des crachats sanglants (20 cc par jour) depuis 15 jours à répétition.

Pas de température : 37°2

Très asthénique

Légère cyanose des lèvres.

Pas d'hippocratisme digital.

Léger subictère (conjonctives).

Coeur auscultation :

Rythme régulier à 100

Léger frémissement (à la palpation)

Pointe :

Eclat B1

Dédoublément B2 espacé claqué

Roulement diastolique 7/10 légèrement
frémissant. Pas de souffle systolique.

Radioscopie coeur :

Coeur peu augmenté.

Face :

Arc moyen gauche saillant en 2 fragments.

Oreillette gauche augmentée de volume,

Hypertrophie légère du ventricule droit.

Poumons :

L'artère pulmonaire est grosse, mais
l'examen est difficile par l'importance
de la trame et de l'oedème pulmonaire
diffus ne respectant que les 2 apex et
noyant toute l'aire cardiaque.

O.A.D. :

Oreillette gauche haute, expansive, sail-
lie de l'artère pulmonaire. Hypertrophie
ventriculaire droite.

O.A.G. :

Analyse très difficile du fait de l'oedè-
me pulmonaire. Les artères pulmonaires
mal visibles.

Aorte normale.

Poumons, auscultation, percussion :

droit : râles +++

submatité base droite

M.V. = 0 Ponction = 0

gauche : R.A.S.

Foie : normal, non sensible. Pas de reflux
hépato-jugulaire.

Artères : T.A. : 9,5-5 - Artères périphériques souples, bien battantes.

Veines : Pression veineuse 12-12-12 (vérifiée deux fois).

Jugulaires non turgescentes, pas de signes de phlébothrombose.

Rate : ni percutable, ni palpable.

App. urinaire :

Urines volume 800-1500 cc

Albumine = 0

Sucre = 0

Culot urinaire : R.A.S.

Examens complémentaires :

Urée : 0,35

G.R. : 3.100.000

G.B. : 10.000

Conclusions

Rétrécissement mitral pur mal toléré, oedème d'effort depuis 2 ans.

Grossesse de 3 mois et demi très mal tolérée.

Etat de mal oedémateux, infarctus pulmonaire. Hémoptysie à répétition.

La cardiopathie semble localisée à la mitrale à type de rétrécissement serré sans localisation aortique, ni insuffisance.

Hypertrophie ventriculaire droite (pas d'insuffisance).

L'oedème pulmonaire persiste (très important malgré le traitement: Novurit, Digitaline, Régime, repos, résines).

D'où résulte l'indication formelle :

la Commissurotomie.

Intervention (19-12-52) Hôpital Broussais -
Service du Professeur d'Allaines.

Compte rendu opératoire

Pulmonaire volumineuse et tendue, une auricule tendue mais peu volumineuse. Sténose mitrale relativement serrée (Type N° 2) mais limitée par un bourrelet que le doigt est incapable de forcer. Valves souples ainsi que les cordages. Difficulté de gagner sur la commissure antérieure, utilisation du valvulotome pour intéresser la commissure postérieure. Orifice mitral créé à 1 doigt, passant librement. Biopsie de l'auricule et d'une pulmonaire.

Suites opératoires immédiates :

A plusieurs reprises un état pulmonaire inquiétant, état de mal oedémateux. Menace d'interruption de grossesse, le tout majoré par l'existence d'une anémie gravidique sévère.

Amélioration progressive et finalement équilibrée cardiaque.

20 février 1953 - L'état de mal oedémateux a disparu, pas de toux ni expectoration. Pas de dyspnée diurne ni nocturne, dort avec 1 oreiller. Pas de traitement.

Etat général bon. Quitte l'hôpital très améliorée.

Accouchement à terme par césarienne, mettant au monde un enfant bien constitué (garçon) pesant 3 kg et demi. Ligature des trompes.

Lettre reçue de mars 1958 : plus de 5 ans après l'intervention.

Fait son ménage toute seule, élève ses enfants.

Le coeur bat régulièrement. Presque pas d'essoufflement, reconnaît dans sa lettre que grâce à l'intervention elle se trouve encore en vie et a pu mettre au monde un enfant vivant.

L'enfant et la mère se portent bien.

OBSERVATION N° 3

Madame De... Yvonne, 30 ans, Ménagère, enceinte de 4 mois. Rétrécissement mitral.

o

20 ans (1943) Crise de R.A.A. qui dure 3 semaines traitée au Salicylate.

25 ans (1948) Mariage.

26 ans (1949) 1ère grossesse. bien supportée.
Accouchement à terme par césarienne :
1 garçon bien portant.

Après la grossesse : début des troubles fonctionnels avec dyspnée, essoufflement à la marche.

30 ans (7 mars 1953) Actuellement :

2ème grossesse (enceinte de 4 mois).
Dyspnée d'effort au bout d'un km à allure très modérée et dès le 2ème étage. Depuis quelques semaines, est obligée de renoncer en faisant son ménage aux travaux un peu fatigants.

Dyspnée de décubitus : 1 oreiller, mais présente des accès dyspnéiques au moment du coucher.

Jamais de crise d'O.A.P. Jamais d'hémoptysie.

Jamais de grands accès de suffocation nocturne.

Coeur auscultation :

A la pointe : Rythme régulier

Frémissement. Eclat de B1

Roulement diastolique, forte intensité roulante.

Dédoublement de B2 au foyer pulmonaire.

Pas de souffle systolique à la pointe.

2ème-5ème espace intercostal gauche près du bord du sternum, on entend un petit souffle systolique (paraît sans valeur pathologique).

Pas de souffle diastolique.

Radioscopie face :

Coeur légèrement augmenté de volume.
Bord droit saillant sans double contour.
Pointe et bord gauche convexes.
Arc moyen gauche rectiligne et même légèrement convexe à sa partie supérieure.
Artères pulmonaires augmentées de volume.
battantes, expansives.
Flous hilaires modérés.

O.A.D. :

La région de l'arc moyen reste rectiligne.
Bombement modéré mais net de l'oreillette gauche en arrière.

O.A.G. :

Bord antérieur long et convexe.
Bord postérieur s'effaçant plus difficilement.

T.G. :

Le coeur colle en avant à la paroi, saillie modérée mais indiscutable de l'oreillette gauche.
Pas de calcifications.

E.C.G. :

Rythme sinusal
Axe de QRS à $+30^{\circ}$
Onde P presque normale
Hypertrophie auriculaire gauche
P1-P2 bifide.

Précordiales :

Image dite de "Bloc incomplet droit". Pas de signe d'hypertrophie. Zone de transition en V1, image RS à partir de V2 qR. Le T est positif.

Poumons : R.A.S.

Foie :

Déborde de 2 travers de doigt légèrement sensible.

Pas de reflux hépato-jugulaire.

Artères :

T.A. 12/7 - Artères périphériques bien battantes.

Veines : R.A.S.

Pas d'oedèmes des membres inférieurs,
pas de signes de phlébo-thrombose.

Rate : ni percutable, ni palpable.

App. urinaire :

Sucre = 0

Albumine = 0

Culot urinaire R.A.S.

Examens complémentaires

Urée 0.25 g/L

Vitesse de sédimentation 5-14-70

G.R. 4.800.000

G.B. 6.500

Conclusions

Rétrécissement mitral peu évolué avec troubles fonctionnels modérés. L'indication opératoire qui ne comporte pas d'urgence particulière est renforcée par la grossesse en cours.

Intervention (12-3-53) Hôpital Broussais,
Service du Professeur d'Allaines.

Compte rendu opératoire : Valvulotomie chez une femme enceinte de 4 mois. L'auricule est distendue ainsi que l'artère pulmonaire qui est augmentée de volume. Sténose peu serrée admettant l'extrémité de l'index. On gagne quelque peu sur la commissure antérieure et on obtient un élargissement d'un doigt sans frottement. Pas de régurgitation. Résection du sommet de l'auricule.

Suites opératoires immédiates : sans incidents.

10 jours après l'intervention (22-3-53)

A l'auscultation, tous les signes sont très atténués :

Eclat de B1

Presque inaudibles Roulement diastolique

Dédoublement de B2

La grossesse se poursuit normalement.

Pas d'essoufflement ni au repos, ni en montant.

16-8-53 : Accouchement à terme d'un enfant vivant de 4 kg 500 en excellente santé (5 mois plus tard).

5 ans après l'intervention :

Nous apprenons par lettre le 18 mars 1958 que la mère et l'enfant se portent toujours bien.

Pas d'autre grossesse depuis la commissurotomie.

°°°

OBSERVATION N° 4

Madame D... Monique, 35 ans, infirmière, enceinte de 4 mois et demi. Rétrécissement mitral.

°

19 ans (1937) Rhumatismes : douleurs vraisemblablement rhumatismales, dans le bras droit (coude. épaule) étiqueté névrite.

23-25 ans (1941-1943) Dyspnée. Aménorrhée pendant ces 2 ans, grossit de 10 kg, dyspnée légère, travaille normalement.

28 ans (1946) 1ère grossesse :

A partir du 4ème mois, crises d'étouffement nocturne (2 par semaine).

Dyspnée de décubitus : 3 oreillers. 1 épisode d'hémoptysie, oedème des membres inférieurs.

Accouchement par forceps à terme d'un garçon bien portant. Après l'accouchement, disparition des oedèmes et des crises d'étouffement.

Repos pendant 1 an.

29 ans (1947) Cardiopathie : Découverte de la cardiopathie (Pr. Lenègre), travaille et vit de façon normale.

32 ans (1950) 2ème grossesse : Au 4ème mois, oedème des membres inférieurs. Digitaline. Dort assise.

Une crise d'étouffement.

Reste alitée pendant les 4 derniers mois de la grossesse. Accouchement à terme d'une fille bien portante. Après la grossesse, disparition des oedèmes et des crises dyspnéiques. Mais asthénie générale. Continue de travailler normalement. La dyspnée d'effort apparaît dès la 10ème marche d'escalier.

35 ans (1953) Actuellement. Enceinte de 4 mois et demi.

Dyspnée dès 10 mètres en terrain plat. dès 4-5 marches d'escalier. Dort avec 3 oreillers. Pas d'oedèmes des membres inférieurs. Lèvres cyanosées. Pommettes colorées.

Coeur - Auscultation :

Roulement diastolique discret, non roulant, de timbre soufflant 3/10, Fcst de B1 4/10.

Dédoublement de B2 très net, très espacé, à la pointe. T.A. 11-6

E.C.G. :

Rythme sinusal

Axe de QRS à $+100^\circ$

Onde P ample et crochetée en D1 et V1.

Intervalle PQ 0,22

Précordiales :

image qR en V6R, V4R, V1

R en V2

Rs en V3, V4

Rs en V5

Rs en V6, V7

T ample et négatif de V6R à V4

Retard de la déflexion intrinsèque

V6R-V2 (0,05-0,06")

Conclusion : Forte hypertrophie ventriculaire droite presque du type "barrage".

Hypertrophie auriculaire gauche.

Radio - Face : Coeur augmenté de volume dans son ensemble. Fort débord droit avec double contour. Bord gauche rectiligne mais pointe large et arrondie. Arc moyen très légèrement convexe. Aorte normale. Branches pulmonaires accentuées. Flou hilair modéré.

O.A.D. : Arc moyen convexe. Saillie auriculaire modérée.

O.A.G. : Coeur s'efface difficilement, débord droit +++

T.G. : Saillie auriculaire modérée.

Foie : Normal.

Poumons : Normaux.

Conclusions

Particularités : Hypertrophie auriculaire gauche à ECG et souffle systolique à anse.

Indication : Cardiopathie mitrale et peut-être aortique chez une femme enceinte de 4 mois et demi.

Episodes d'hémoptysie et les multiples crises d'étouffement pendant les 2 grossesses précédentes. Le barrage mitral semble très important. La forte hypertrophie ventriculaire droite, sans réaction gauche, malgré le petit roulement, le faible volume auriculaire gauche montrent que le coeur droit est fortement surchargé.

La commissurotomie semble particulièrement indiquée, et même urgente afin que la grossesse puisse être menée à terme sans incident.

Commissurotomie (22-12-53) Compte rendu opératoire :

Rétrécissement mitral chez une femme enceinte de 4 mois et demi. Auricule volumineuse, tendue, non thrombosée, artère pulmonaire énorme et sous pression. Sténose mitrale en entonnoir, mais à valves souples. Pas de régurgitation. Pas de calcification. Avec le dilateur, on obtient une ouverture à 2 doigts et demi intéressant les 2 commissures. Après la commissurotomie, pas la moindre régurgitation.

Suites opératoires excellentes. La grossesse se poursuit normalement.

4 mois plus tard (6-3-54)

Grossesse 8 mois : Pouls régulier à 90. Plus de roulement diastolique. Légère accentuation de B1. Pas de dédoublement de B2. Souffle systolique max. IV EI G vers le bord G du sternum et légère à la pointe 3/10.

Pratiquement rien dans la diastole.
T.A. 12/7.

Quelques râles pulmonaires.

6 mois plus tard (29-5-54)

Accouchement par césarienne le 9.4.54 avec ligature des trompes. Fille bien portante. 2 kg 950.

Depuis, s'occupe de ses enfants, un peu de ménage. Aucune dyspnée d'effort ni de décubitus, ou paroxystique.

Amélioration maintenue.

OBSERVATION N° 5

Madame DE... Marie-Thérèse, 32 ans, Infirmière. Enceinte de 2 mois et demi. Rétrécissement mitral.

o

Pas de R.A.A. Pas de chorée.

8 ans (1930). Scarlatine. Pas de lésion cardiaque évacuée.

18 ans (1940) Souffle cardiaque : A l'occasion de neurotonie et de fatigue, consulte un médecin qui découvre un souffle au coeur.

Aucune gêne.

Aucune thérapeutique.

25 ans (1947) Lipothymies. Plusieurs pertes de connaissance, une fois avec chutes, très brèves (quelques minutes) sans aucune paralysie.

26 ans (1948) Rétrécissement mitral. Consulte un médecin qui lui dit qu'elle est atteinte d'une sténose mitrale. Prescrit du repos, pas de traitement:
La malade n'ayant aucune gêne fonctionnelle : très grande sportive (équitation, aviation, vélo, marche etc...)

28 ans (1950) 1er traitement cardiopathique : elle consulte un cardiologue qui lui supprime les sports et lui ordonne 5 gouttes de Digitaline 2 fois par semaine. Cependant la malade va très bien. Continue une très grande activité.

29 ans (1951) Dyspnée d'effort. Elle commence à ne plus pouvoir monter les côtes et est essoufflée en montant l'escalier, la dyspnée d'effort se précise.

30 ans (1952) Crise de R.A.A. A la suite d'une angine, elle présente une crise typique de R.A.A., polyarticulaire, avec état fébrile 38 °. Traitée par le Salicylate pendant 15 jours et alitement, les arthralgies et la fièvre disparaissent, mais récidivent irrégulièrement jusqu'en Août 1954 lorsqu'elle présente sa dernière crise, traitée durant ses crises par le Salicylate avec succès.

31 ans (1953) 1ère grossesse, menée à terme
1ère crise O.A.P. { mais à 2 mois et demi à la suite d'un effort en montant vite l'escalier, un étouffement avec toux, grésillement laryngé, expectoration d'un bol de crachats mousseux rosés, crise d'oedème pulmonaire d'une durée de 4 heures est obligée d'arrêter son travail, comme traitement, on la traite par la Digitaline, repos complet, régime. Les crises s'arrêtent. Accouchement à terme par forceps, sans incident.
Après son premier accouchement et jusqu'en 1955, se porte bien.

32 ans (1955) 2ème grossesse, actuelle.
Dernières règles le 8-2-55, les signes fonctionnels réapparaissent avec Dyspnée d'effort pour monter 2 étages à une allure modérée est obligée de s'arrêter 2 à 3 fois.
Dyspnée de décubitus, dort avec 2 oreillers.

Crises d'O.A.P. : Vers le 15 mars, fait une crise d'oedème aigu du poumon sans expectoration, son médecin traitant la fait hospitaliser pour commissurotomie éventuelle.

32 ans (actuellement) avril 1955
Dyspnée d'effort 1 étage.
Dyspnée de décubitus 2 oreillers.

Coeur auscultation

Pointe :

Rythme régulier à 90
Gros éclat de B1
Dédoublément de B2 serré
Roulement diastolique à renforcement pré-systolique irradiant dans l'aisselle.
Timbre assez rude. 6/10.
Pas de souffle systolique.

Base :

Dédoublément B2 claqué.
Très petit souffle systolique 1/10 d'origine pulmonaire.

Radioscopie face :

Coeur modérément augmenté de volume dans son ensemble et typiquement déformé.
Bord droit allongé et très saillant, avec double contour auriculaire marqué (on suit parfaitement les contours d'une grosse oreillette gauche).
Arc moyen en double feston, convexe dans ses deux portions.
Arc inférieur gauche légèrement convexe.
Pédicule normal.
Artères pulmonaires aux hiles nettement augmentée de volume.
Arborisations très marquées, se suivant loin dans les champs pulmonaires. Flous hilaires et pulmonaires marqués.

O.A.D. et T.G. :

Arc moyen fortement saillant (infundibulum pulmonaire)
Pointe nettement arrondie.
Oreillette gauche augmentée et bien saillante.

O.A.G. :

Fort débord droit.
Oreillette gauche augmentée de volume.

E.C.G. :

Rythme sinusal normal, ondes P larges et

bifides dans presque toutes les périphériques, diphasiques dans les précordiales droites.

ÂQRS à + 80°

AT à - 30°

Coeur en position verticale.

Précordiales Images $\frac{R}{S} = 1$ (T négative en V4R et V1).

$\frac{R}{S}$ plus petit que 1 (T positif en V2).

Transition en V3. R. (peu ample) T positif de V4 à V8.

Résumé de l'ECG : Rythme sinusal.

Hypertrophie auriculaire gauche nette.

Hypertrophie ventriculaire droite nette.

Poumons : R.A.S.

Foie : R.A.S.

Artères : T.A. 12/7 , Artères périphériques bien battantes.

Membres inf. : R.A.S.

Rate ni percutable ni palpable.

App. urinaire : Diurèse 800 cc Sucre = 0

Albumine = 0

Examens complémentaires :

Urée 0,25 g/L

V.S. légèrement élevée.

G.R. 3.320.000

G.B. 7.600

Protides totaux 66 g %, Globuline 26 g %

$\frac{S}{G} = 1,55$

Cholestérol total 95 g %, Cholestérol estérifié 1,15 g %

Rapport $\frac{E}{T} = 58 \%$

Thymol = 8 unités

Vernes = 1. Mac Lagan.

Conclusions

Sténose mitrale pure, forme oedémateuse, signes électriques d'H.V.D. et H.A.G... Coeur

modérément augmenté à la radio avec surcharge modérée (surtout à la périphérie).

Syndrome d'oedème pulmonaire uniquement pendant les grossesses.

Enceinte de 2 mois passés.

Poussée rhumatismale il y a 3 ans: font pencher pour une commissurotomie.

Intervention (6-5-55) Hôpital Broussais service du Pr. d'Allaines.

Compte rendu opératoire :

Rétrécissement mitral chez une femme enceinte de 2 mois et demi. Volumineuse artère pulmonaire. Orifice mitral fermé à un demi-doigt, non calcifié, souple.

Agrandissement à 2 doigts sans régurgitation complété par dilatateur à 2 doigts et demi, mais légère régurgitation immédiate mais qui ne paraît pas durer.

En conclusion : possibilité d'une insuffisance mitrale post-opératoire.

Pressions intracardiaques :

Avant Ventricule gauche 75/5

Oreillette gauche 20/13

Après Ventricule gauche 90/5

Oreillette gauche 16/9

Suites opératoires immédiates satisfaisantes, mais 6 jours après l'intervention, le 12-5-55, installation d'une fibrillation auriculaire. Digitaline I.V. puis buccale (pas de Quinidine).

Régularisation spontanée le 14-5-55.

1 mois après l'intervention Juin 1955 :

Pas de troubles dyspnéiques, marche normalement, longtemps, monte 4 étages sans essoufflement. Pas de dyspnée paroxystique, dort avec un oreiller. La grossesse se poursuit normalement.

Traitement :

Régime sans sel, Digitaline V gouttes, Natishedine.

Pas d'arthralgies, pas de fièvre. Vitesse de sédimentation normale.

Accouchement à terme d'un garçon en excellente santé de 3 kg 70 g par forceps.

10 mois après l'intervention 3 mars 1957 :

Amélioration fonctionnelle persistante, vit normalement ; enfant bien portant.

Coeur : auscultation :

Roulement diastolique très discret presque inaudible. Petit souffle systolique 2/ 10-3/10 irradiant dans l'aisselle.

Radioscopie :

Excellente image cardiopulmonaire. Coeur peu augmenté de volume. La malade prend V gouttes de Digitaline de façon permanente.

Conclusions : très bons résultats.

°°°

OBSERVATION N° 6

Madame Fa... Jacqueline, 23 ans. Ouvrière d'usine, enceinte de 5 mois. Rétrécissement mitral.

°

Aucune notion d'antécédent rhumatismal, ni équivalent.

20 ans (1952) Rétrécissement mitral découvert fortuitement à l'occasion d'une angine.

Traitement . Depuis, dyspnée d'effort légère empêchant la marche rapide et la montée des escaliers.

22 ans (1954) 1ère grossesse . Dès le début

de cette grossesse, la dyspnée d'effort s'aggrave, la malade ne peut plus monter les 2 étages.

Crise d'O.A.P. : A la suite d'une montée d'escalier un peu rapide, une quinte de toux se déclenche avec une polypnée, étouffement suivis de quelques crachats mousseux rosés striés de sang.

Dyspnée de décubitus. A la même époque, une crise de dyspnée paroxystique nocturne oppressive avec gêne de l'expiration ayant duré 2 heures, mais ni toux, ni expectoration.

Traitement difficile à préciser.

Au mois de Juillet 1954, à 8 mois, elle met au monde un enfant vivant bien portant pesant à la naissance 2 kg 225.

Accouchement normal.

Après cette première grossesse, la dyspnée d'effort est très réduite et l'état général s'améliore.

23 ans (1955) 2ème grossesse (actuelle)

La dyspnée d'effort est de nouveau dès le début de cette grossesse très marquée.

Pas de toux.

Pas d'expectoration.

Dyspnée de décu- Crise de dyspnée nocturne paroxystique,
bitus polypnée inspiratoire (au 3ème mois) sans
toux, ni expectoration ayant duré 7 heures.

Tachycardie :

Crises de tachycardie paroxystique (hors des gros efforts) à début brusque, durent quelques minutes.

Devant ces faits, elle est hospitalisée dans un service de Cardiologie pour bilan cardio-vasculaire.

Coeur, auscultation :

Rétrécissement pur serré.

Roulement diastolique 4/10.

Radioscopie face :

silhouette mitrale

déboird droit augmente probablement double contour.

Arc moyen gauche très allongé.

O.A.D. :

Oreillette gauche augmentée expansive.

O.A.G. :

Hypertrophie ventricule droit, artère pulmonaire un peu forte.

Traitement prescrit : repos + régime sans sel + neuro-calcium + Natishedine + digitaline.

Après un traitement sans nette amélioration, la malade est dirigée dans le service du Professeur d'Allaines pour commissurotomie éventuelle.

23 ans (1955) fin mai 1955. Actuellement enceinte de 5 mois.

Coeur auscultation :

pointe :

Rythme régulier à 100

Roulement diastolique 2/10-6/10

Eclat de B1++

Dédoublement serré de B2

Pas de souffle systolique, à la base pas de souffle diastolique.

Foyer pulmonaire éclat de B2

Décubitus latéral gauche frémissement cataire.

Radioscopie face :

DD ++ probablement double contour

Arc supérieur gauche normal.

Arc moyen gauche très allongé à double relief.

Arc inf. gauche court et rectiligne.

O.A.D. :

Oreillette gauche augmentée et très expansive.

Pas de calcifications.

Cône pulmonaire très convexe.

O.A.G. :

Hypertrophie ventriculaire droite

Ventricule gauche paraissant normal.

Artère pulmonaire un peu forte.

Cathétérisme Repos effort effort récupéra-
5' 7' tion 5'30"

PADM 7,5

PVDM 28

PAPM 51 97 50,5

PCPM 28 38

Poumons scopie : à peu près normaux. Auscul-
tation : R.A.S.

Artères : T.A. 9,5/5 Artères périphériques
souples bien battantes.

Foie : déborde 2 travers de doigt, le re-
bord costal est sensible. Reflux hépato
jugulaire ±.

Veines : Pression veineuse = 9 - 11,5 - 7

Pas de signes de phlébo-thrombose

Pas d'oedème des membres inférieurs

Rate : ni percutable, ni palpable.

App. urinaire : Diurèse : 1500 cc

Albumine = 0 Sucre = 0

Examens supplémentaires : Urée 35 p. mille

V.S. 26-56-109

G.R. 3.600.000

G.B. 7.400

Hb 70 à 75 %

Fibrine 6 grammes p. mille

Conclusion

Rétrécissement pur chez une femme enceinte
de 6 mois (dernières règles décembre 1954)
présentant une dyspnée d'effort ; dyspnée
de décubitus, crises de tachycardie paroxys-
tiques, hypertension capillaire pulmonaire.
Pas d'hépatalgie d'effort, ni d'oedèmes.
Intervention (21-6-55) Hôpital Broussais
Service du Professeur d'Allaines.

Compte rendu opératoire : Poumon très oedé-
matié. Sténose modérée admettant un doigt.
Appareil mitral souple, sans régurgitation.

Commissure postérieure est plus longue.
La sténose entourée d'un bourrelet élastique
résistant au doigt avec dilataleur - bonne
fracture. Orifice admet facilement deux
doigts sans régurgitation bien que la commissure
postérieure ne soit pas totalement libérée.

Suites opératoires immédiates normales.

Dès le réveil, plus de dyspnée de décubitus,
bon appétit, bon sommeil. Traitement
vit. E. Spasmalgine.

Huit jours plus tard, le 29-6-55, fausse
couche (6 mois).

Depuis, plus de dyspnée d'effort ni de
dyspnée de décubitus,

plus de crises de tachycardie
paroxystiques,

dans l'ensemble, bon état général.

5 mois après (26 novembre 1955) l'inter-
vention, tous les signes fonctionnels ont
disparu.

A l'auscultation, il persiste un très lé-
ger roulement diastolique.

La radioscopie et l'électrocardiogramme
confirment l'amélioration. Plus de traitement.

2 ans 10 mois (1er avril 1958) plus tard,
se porte bien, au point de vue cardiaque,
résultat fonctionnel et clinique excellent,
n'a présenté aucune complication.

°°°

OBSERVATION N° 7

Madame C... Aline, 28 ans. Ménagère. Encein-
te de 2 mois et demi. Rétrécissement mitral.

o

Pas de chorée, pas de scarlatine.

13 ans (1941) crise de R.A.A. traitée par Salicylate.

15 ans (1943) récédive de R.A.A. avec la récédive de R.A.A. s'installe une dyspnée d'effort traitée par Salicylate.

16 ans (1944) 3ème crise de R.A.A. traitée par Salicylate.

1ère grossesse : compliquée par la crise de R.A.A. atteinte atteinte des genoux.

La dyspnée d'effort est relativement d'une faible intensité.

Dyspnée de décubitus. Dort avec un oreiller et traversin.

Accouchement normal. Enfant B.P.

17 ans (1945) 2ème grossesse. Etat dyspnéique inchangé, accouchement normal. Enfant B.P.

19 ans (1947) 3ème grossesse. Etat dyspnéique : le même. Accouchement normal. Enfant B.P.

20 ans (1948) 4ème grossesse. Au cours de cette grossesse, la dyspnée à l'effort s'accentue peu à peu (2 étages). Dyspnée de décubitus : 1 traversin et 2 oreillers.

Accouchement normal, enfant B.P.

De 20 ans à 26 ans (1948 - début 1954)

Après sa 4ème grossesse jusqu'à la 5ème : état dyspnéique inchangé.

27 ans (1954) 5ème grossesse.

Crise d'oedème subaigu du poulmon :

Au cours de cette grossesse, au 2ème mois, vers 2 heures du matin, elle se réveille avec polypnée superficielle, étouffement, chatouillement laryngé, toux sans expectoration.

Tachycardie à 175 d'une durée de 2 heures et demie. Le traitement donné par son médecin calme la crise mais une algie thoracique non constrictive sous-mamelonnaire gauche fait suite et dure 2 à 3 jours.

Le cardiologue consulte aurait envisagé l'opportunité d'une interruption de grossesse.

En attendant il presc. it repos absolu au lit, régime sans sel.

Digitaline V gouttes, 10 jours sur 20.

Au cours de cette grossesse, elle a fait 5 crises analogues. Par la suite, accouchement à terme : Enfant vivant et en bonne santé.

15 jours après son accouchement, elle se lève et est à peu près bien pendant quelques mois, pas de crises.

28 ans (1955) 2ème grossesse

Dès le début de cette grossesse, les crises d'étouffement reprennent, crises nocturnes et analogues aux premières. Les crises surviennent de façon irrégulière surtout lorsqu'elle est fatiguée (1 fois par semaine).

28 ans (1955) actuellement début novembre 1955

Dyspnée d'effort aux premières marches.

Dyspnée de décubitus : 1 traversin - 2 gros oreillers.

Jamais d'hémoptysie.

Conjonctives un peu subictériques.

Hippocratisme digital discret, pas de cyanose.

Coeur auscultation :

Rythme régulier à 100.

Pointe :

Eclat intense de B1 palpable très sec.

Dedoublement claqué et espace de B1.

Roulement diastolique 5/10

En décubitus latéral gauche, roulement diastolique à 7/10.

Souffle diastolique 1/10 doux.

2ème espace intercostal gauche : Dedoublement très serré et très sec de B2.

Radioscopie face : Masse cardiaque non nettement augmentée type mixte, pédicule allongé.

Arc moyen gauche allongé et presque ali-gné.

Arc inférieur gauche normal, débord droit avec double contour haut situé, pointe un peu mousse.

Syndrome d'insuffisance aortique discret.

O.A.G.

Oreillette gauche augmentée et expansive.

Ventricule gauche augmenté très légèrement.

O.A.D.

Oreillette droite augmentée.

Ventricule droit légèrement augmenté.

Ventricule gauche légèrement augmenté.

T.G.

Ventricule droit reste à distance du sternum.

Artère pulmonaire augmentée et légèrement battante.

Pas de calcifications mitrales.

En conclusion : O.G. +, V.D. $\pm$, O.D. +,

V.G. $\pm$.

E.C.G.

Rythme sinusal

A QRS + 60, + 65,

AP 70

Dans précordiales droites $\frac{R}{S}$ peu différent de 1

Sokolov à 40

Pas d'hypertrophie ventriculaire droite.

Par ailleurs, P allongé en V2, V3.

Hypertrophie auriculaire gauche. Légère imprégnation dans précordiales gauches.

20 jours après avoir terminé le traitement digitalique.

Poumons auscultation + percussion : normales.

Radioscopie :

transparence pulmonaire assez claire.

Foie : normal, pas de reflux hépato-jugulaire

Artères : T.A. 12,5 - 5. Artères périphériques souples et bien battantes.

Veines :

Pression veineuse 12 $\frac{1}{2}$ - 16 $\frac{1}{2}$ - 13

Pas d'oedème des membres inférieurs.

Pas de signe de phlébothrombose.

Rate : ni percutable, ni palpable.

App. urinaire : diurèse 500 à 800 cc.

Albumine = 0

Sucre = = 0

Ex. complémentaires :

Urée 0,25 g/L

V.S. 16-39-81. Fibrine 5,5 g/L

G.R. 4.310.000 Hb 80 %

G.B. 6.200

Cathétérisme	Repos	effort
PADM	0	0
PYDM	15,5	15,5
PAPM	21	32
PCPM	9	27

Conclusions

Rétrécissement mitral (insuffisance aortique discrète) chez une femme ayant eu 5 grossesses, dont la 5ème a été très mal tolérée. Actuellement, 6ème grossesse, enceinte de 2 mois et demi, accès d'oedème aigu du poumon (Toxémie gravidique associée possible). Pression capillaire pulmonaire élevée à l'effort 27 cm d'eau. La commissurotomie est souhaitable.

Intervention (19-11-1955) Hôpital Broussais, Service du Professeur d'Allaines.

Compte rendu opératoire :

Auricule petite sans caillot, l'artère pulmonaire est assez grosse mais pas très tendue. L'orifice est rétréci admettant la pulpe de l'index.

La valve antérieure est excellente, la postérieure plus rigide. Il existe une petite régurgitation due à la rétraction de la valve postérieure.

Valvulotomie digitale à 2 doigts aux dépens des 2 valves, décollage en partie des cordages anté-

ro-gauches, vu que la régurgitation discrète persiste, on ne peut pas faire davantage. Le dilatateur serait inefficace.

Suites opératoires immédiates : excellentes.

Grossesse poursuit son cours normalement.

3 semaines après la commissurotomie (18 décembre 1955) :

Pas de dyspnée d'effort.

Pas de crises d'étouffement.

Aucun trouble nouveau.

A l'auscultation: Roulement diastolique 3/10
(Diminué)

Soufflement diastolique dis-

paru.

6 semaines après l'intervention (4 janvier 1956).

Bon état général.

Accouchement à terme sans accidents, avec forceps enfant vivant bien portant. A la phase d'expulsion (largactil, phénergan, Dolosal).

Lettre de Février 1957)(1 an et 3 mois après l'intervention)

L'état général depuis l'intervention est très amélioré, l'enfant se porte bien.

°°°

OBSERVATION N° 8

Madame Ch... Evelyne, 23 ans, ménagère. Enceinte de 3 mois. Rétrécissement mitral.

°

Pas de scarlatine, pas de chorée, angines fréquentes.

18 ans (1950) Crise de R.A.A. mais non typique, arthralgie du genou gauche et de la cheville droite sans élévation thermique.

Se traite toute seule par l'Aspirine duré

1 mois.

21 ans (1953) Dyspnée d'effort, qui oblige la malade à s'arrêter au bout de deux étages.

Pas de dyspnée de décubitus, pas de toux.

22 ans (1954) Augmentation et accentuation de la dyspnée à l'effort 1 étage. Se plaint de palpitations à l'effort 1 étage.

23 ans (1955) La dyspnée s'est très progressivement accentuée.

23 ans actuellement (1955)

1ère grossesse. Dernières règles du 1-3 septembre 1955. Depuis, la dyspnée à l'effort progresse à moins d'un étage avec toux. Enceinte de 3 mois.

Crise d'O.A.P. : Crise d'oedème pulmonaire avec bruit trachéal et expectoration blanchâtre mousseuse.

En outre, douleur à l'effort rétrosternale non constrictive. Pas de syncope.

Dyspnée de décubitus, a présenté 3 crises d'étouffements ces derniers mois avec expectoration blanchâtre mousseuse peu abondante, durée 1 heure avec rémission.

Pas d'hémoptysie.

Pas d'accès de troubles du rythme.

Pas de pleurésie.

Pas d'antécédents thrombo-emboliques.

Pas d'antécédents oslériens.

Pas d'oedème périphérique.

Coeur, auscultation. Rythme régulier à 80.

Roulement diastolique râpeux 5/10.

holosystolique (systole libre)

Eclat de B1

Dédoublement de B2

Radioscopie face : silhouette nettement mitrale.

Arc inférieur gauche un peu globuleux, mais non allongé, battant bien.

Arc moyen gauche allongé prise de 2 saillies - 2 arcs superposés.

Artères pulmonaires un peu fortes assez bien délimitées

O.A.D.

Ventricule droit légèrement augmenté.

Oreillette gauche légèrement augmentée.

C.A.G.

Image normale.

T.G.

Espace rétrosternal comblé sur toute sa hauteur.

Oreillette gauche légèrement augmentée.

Pas de calcifications valvulaires.

E.C.G. : Hypertrophie auriculaire gauche.

Hypertrophie ventriculaire droite.

R. en V3 R a augmenté par rapport à un électrocardiogramme

R en VI a augmenté précédent.

Poumons, Radioscopie. Transparence pulmonaire diminuée à la partie moyenne, bases claires, sinus normaux.

Auscultation : R.A.S.

Foie : normal, pas de reflux hépato-jugulaire.

Rate : ni percutable, ni palpable.

Artères : T.A. 10/6 Artères périphériques bien battantes.

Veines : Pression veineuse 12 ½ - 13 - 12 pas de phlébo-thrombose.

App. urinaire : diurèse 1 litre

Albumine = 0

Sucre = 0

Culot urinaire: pas de germes

Ex. complémentaires :

Urée 0,30 g/L

V.S. 48 - 87-128

Haptoglobine 1

G.R. 3.720.000

G.B. 6.700

Hb 70 %

Conclusions

Rétrécissement mitral pur chez une femme enceinte de 3 mois présentant des crises

d'œdème pulmonaire à répétition à tendance aggravante. La commissurotomie est indiquée.

Intervention (5-I-56) Hôpital Broussais, Service du Professeur d'Allaines.

Compte rendu opératoire :

Auricule de bon calibre , une pulmonaire volumineuse et tendue. Sténose serrée de la mitrale n'admettant pas l'extrémité de l'index, non calcifiée et sans régurgitations. Résultat obtenu supérieur à 2 doigts.

Suites opératoires immédiates normales.

20 jours plus tard (25-I-56)

Pas de dyspnée = 2 étages

Pas de palpitations = 2 étages.

Auscultation cardiaque normale.

Nous apprenons par une lettre de mars 1958 que la malade a changé de domicile, vit à Toulon, travaille, ne souffre plus. Pas de dyspnée, pas de palpitations, elle a accouché à terme d'un enfant vivant qui se porte bien.

Etat excellent de la commissurotomie.

° °

OBSERVATION N° 9

Madame B... Anne-Marie. 32 ans. Employée. Enceinte de + 2 mois et demi. Rétrécissement mitral.

o

Pas de scarlatine, pas de chorée, pas d'épisodes fébriles inexpliqués .

- 5 ans (1928) Crise de R.A.A. : Crise atypique avec atteinte du gros orteil , mais diagnostic et traitement sont difficiles à préciser.

27 ans (1950) Troubles fonctionnels, avec une dyspnée d'effort (natation) difficulté de monter l'escalier, essoufflement au 1er étage.

Tachycardie en rapport avec l'effort.

31 ans (1954) Crise d'O.A.P. A la suite d'un effort (danse), crise larvée: grésillement laryngé, émission de crachats rosés, dyspnée importante.

Bronchites fréquentes l'hiver.

32 ans (1955 septembre) Récidive d'O.A.P. survenant après des efforts.

33 ans (1956 Janvier) 1 Récidive d'O.A.P. toujours survenant après un effort, mais la malade, en dehors de ses crises d'O.A.P. n'a pas de dyspnée de décubitus, dort normalement, sans oreillers supplémentaires. Pas d'hémoptysies à part les 3 crises d'O.A.P. citées.

. N'a jamais eu d'accidents thrombo-emboliques ni d'œdèmes périphériques.

33 ans (1956) 1ère grossesse. Accentuation des troubles fonctionnels et, pour avoir un enfant, conseillée par son médecin de se faire hospitaliser pour bilan cardiovasculaire.

32 ans (début mars 1956) Actuellement.

Dyspnée d'effort depuis la grossesse en cours assez accentuée. Monte difficilement un étage. Obligée de s'asseoir plusieurs fois. Marche en plat très lentement, s'arrête au bout de 10 m. Essoufflement rapide, se trouve obligée de se reposer plusieurs minutes pour reprendre sa respiration.

Coeur, auscultation :

Rythme régulier 100

Eclat de B1

Dédoublement de B2

Roulement diastolique rude, grondant, intense 7/10.

Souffle systolique xiphoidien très léger est discuté.

Radioscopie face :

Auricule gauche augmentée de volume.

Ventricule droit augmenté de volume.

Auricule droit augmentée de volume.

profil :

Oreillette gauche convexe, augmentée de volume.

E.C.G. :

Rythme sinusal.

Hypertrophie biauriculaire.

Poumon, radioscopie :

Accentuation trame pulmonaire et accentuation trame hilare à droite.

à l'auscultation : R.A.S.

Foie :

Volume normal, non douloureux, pas de reflux hépato-jugulaire.

Artères : T.A. 11/6 - artères périphériques battant bien.

Veines : R.A.S.

Rate : ni percutable, ni palpable.

M. inférieurs : léger oedème malléolaire.

App. urinaire : Sucre = 0

Albumine = 0

Culot urinaire : R.A.S.

Ex.complémentaires :

Urée 30 g/L

V.S. 7-32-86

G.R. 3.850.000

G.B. 7.200

Conclusions

Rétrécissement pur chez une femme enceinte de 2 mois et demi, primigeste, âgée de 32 ans, désirant avoir un enfant. Les troubles fonctionnels, accentués et les crises d'O.A.P. qui aggravent l'état de la malade, font poser l'indication opératoire de commissurotomie.

Intervention (15-3-56) Hôpital Broussais - Service du Professeur d'Allaines.

Compte rendu opératoire :

Grosse oreillette, artères et veines pulmonaires distendues. Orifice mitral admet $3/4$ de doigt. Après, avec doigt et dilatateur, on arrive à un orifice de 2 doigts et demi.

Orifice à peine calcifié, souple. Pas de régurgitation.

Pression intracardiaque :

avant	Ventricule gauche	85/0
	Oreillette gauche	20/15

après	Ventricule gauche	113/5
	Oreillette gauche	9/6

Suites opératoires immédiates normales.

A noter que 17 jours après l'intervention, la malade présentait une vitesse de sédimentation accélérée probablement liée à une réaction péricardique.

A l'auscultation :

quelques frottements + léger souffle systolique.

Son état s'améliore et elle quitte le service avec disparition de ses troubles fonctionnels.

Le 10-10-56, accouchement à terme long et pénible, mais très bien supporté (lettre du médecin traitant), enfant vivant de 3700 g B.P.

1 an après la commissurotomie (février 1957) :

Le roulement diastolique a totalement disparu. La diastole est libre (même après effort et en décubitus latéral gauche) .

T.A. 12-7.

Radioscopie coeur : la silhouette s'est normalisée.

E.C.G. : l'hypertrophie biauriculaire (électrocardiogramme du Pr. Lenègre (février 1957) a totalement disparu.

Mars 1958 (2 ans après l'intervention), nous apprenons par lettre que la mère et l'enfant se portent bien.

°°°

OBSERVATION N° 10

Madame Ch... Raymonde, 37 ans. Ménagère. Enceinte de 4 mois. Rétrécissement mitral.

°

Pas de R.A.A., pas de chorée, pas de scarlatine, pas d'angines.

27 ans (1946) 1ère grossesse .

dyspnée d'effort : Elle constate que durant cette grossesse, elle est essoufflée à la montée des côtes, des étages, sans toux ni expectoration. Grossesse assez bien supportée, accouchement normal, enfant B.P.

30 ans (1949) 2ème grossesse : La malade est anormalement essoufflée mais ne s'alite pas pendant cette grossesse, ne suit pas de régime.

Souffle cardiaque : On lui découvre à l'auscultation un souffle au coeur. Accouchement normal. Enfant B.P.

De 31 à 34 ans (1950-54), l'essoufflement et la dyspnée progressent, a dû abandonner la bicyclette : ne pouvait plus monter une côte à pied, mais ne peut préciser l'importance de sa gêne.

A 35 ans (1954) 3ème grossesse

1ère crise d'O.A.P. : Au 7ème mois, de sa 3ème grossesse, elle est réveillée par un

étouffement : toux, cyanose, rejet de mousse blanche, rosée.

Traitement reçu pour cette crise d'oedème pulmonaire inconnu de la malade.

Récidive d'O.A.P. : les crises se répètent presque toutes les nuits durant cette grossesse, n'est pas hospitalisée.

Accouchement à terme normal mars 1955, enfant vivant B.P.

37 ans (1956) 4ème grossesse actuellement en cours.

Dernières règles : 8-9 décembre 1955.

37 ans (1956) Actuellement enceinte de 4 mois : malade hospitalisée à Paris, venant d'Angers pour bilan cardio-vasculaire et commissurotomie éventuelle.

Dyspnée à l'effort ½ étage, activité extrêmement réduite.

Dyspnée de décubitus : 2 oreillers, mais dort bien, pas de toux, pas d'expectoration, pas d'hémoptysie, bronchites à répétition, quelques palpitations mais peu fréquentes même au repos. Pas d'accidents thrombo-emboliques, pas de troubles du rythme, n'a jamais présenté de déficit moteur, de troubles du langage. Pas d'accentuation prémenstruelle de la gêne fonctionnelle. La gêne est en progression depuis la grossesse actuelle. Un mois avant son admission dans le Service, a reçu pendant 1 semaine de la Digitaline C gouttes et de la Digitaline dans le mois précédant l'admission. N'a jamais suivi de régime.

Coeur, auscultation :

pointe :

- Rythme sinusal

Eclat intense de B1

Roulement diastolique 4/10

Décubitus latéral gauche :

Roulement diastolique 6/10 avec renforcement présystolique.

Bord sternum :

Eclat B1

Souffle diastolique : à noter que la continuité n'est pas perçue entre le roulement et le souffle diastolique qui paraît plutôt être sigmoïde.

Radioscopie face :

Masse cardiaque augmentée.

Arc supérieur à peine saillant

Arc moyen concave ou rectiligne.

Arc inférieur gauche allongé horizontalisé.

O.A.D

Oreillette gauche augmentée de volume, expansive.

Cône pulmonaire à peine augmenté.

O.A.G.

Oreillette gauche augmentée.

Ventricule gauche augmenté.

Ventricule droit légèrement augmenté.

Pas de syndrome d'insuffisance aortique, pas de calcifications visibles.

Artères pulmonaires augmentées un peu battantes.

E.C.G.

Axe QRS = + 90°

Rythme sinusal

Hypertrophie oreillette gauche

Bloc incomplet droit

Hypertrophie ventricule droit.

Poumons, radioscopie :

Poumon cardiaque ; transparence pulmonaire diminuée dans l'ensemble aux R.X.

Auscultation normale.

Foie : ne débordant pas le rebord costal. Pas de reflux hépato-jugulaire.

Artères :

T.A. = 10-5 Artères périphériques bien battantes, bien perçues. Pas de poulx d'insuffisance aortique.

Veines :

Pression veineuse : 12 ½ - 17 - 12 ½

Vitesse circulatoire = 17"

Pas de signe de phlébo-thrombose.

Rate : ni percutable, ni palpable.

App. urinaire : diurèse 24 heures = 1300 cc

Albumine = 0

Sucre = 0

Ex. complémentaires : Urée = 0,35 g/L.

Fibrine = 5 g p. mille.

G.R. 3.850.000

G.B. 14.000

Valeur globulaire 75 % V.S. 17-43-115

Conclusions

Rétrécissement mitral chez une femme enceinte de 4 mois, mal toléré, hypertrophie ventriculaire droite électrique avec bloc de branche droit incomplet, oedème du poumon au cours de sa 3ème grossesse. La gêne est en progression depuis la grossesse actuelle, malgré Digitaline, Digibaine et repos. La commissurotomie est conseillée.

Intervention (20-4-56) Hôp. Broussais - Serv. du Pr. d'Aillaines.

Compte rendu opératoire :

Poumon sub-normal ; artère pulmonaire modérément grosse. L'auricule est petite, l'anneau ne permet pas la pénétration de l'index, seulement le petit doigt.

Pas de thrombose, sclérose très serrée à valves souples sans régurgitation. Nouvel orifice à plus de 2 doigts, il existe une très légère régurgitation.

Suites opératoires immédiates : satisfaisantes, se sent nettement mieux, surtout à la marche, pas d'arthralgies, pas de palpitations, pas de douleurs pré-cordiales, monte l'étage sans dyspnée. Grossesse poursuit normalement son cours (Vitamine E + Spasmalgine systématique post-opératoire).

1 mois plus tard (mai 1956) :

— Le souffle diastolique parasternal gauche a disparu.

La légère régurgitation créée par l'intervention se traduit par un léger souffle systolique de pointe, l'état général est bon. Pas de dyspnée à l'effort ni de décu-bitus.

Accouchement à 7 mois et demi : deux jumelles.

Poids de naissance : 1ère : 2 kg 220 g

2ème : 2 kg 030 g

Suites de couches normales.

Un an après la commissurotomie (mars 1957) se porte bien,

ni essoufflée à la marche,

ni au repos.

Les jumelles se portent bien.

° °

OBSERVATION N° 11

Madame Pa... Marie-José. 29 ans. Ménagère, enceinte de 4 mois $\frac{1}{2}$

Rétrécissement mitral.

Jusqu'à 20 ans :

Pas de maladies importantes.

Pas de scarlatine.

Pas de chorée.

Pas d'angines.

20 ans (1947) Rhumatisme : Aurait eu à la suite d'une angine arthralgies scapulaires, sans fièvre, durée 1 mois, localisation fixe.

22 ans (1949) : 2 ans après la 1ère crise rhumatismale une arthralgie diffuse qu'il n'est guère possible de cataloguer, cependant traitée à ce moment par le Salicylate

Cardiopathie : et c'est au cours de cette crise qu'on aurait découvert le rétrécissement mitral.

23 ans (1950) : de 23 ans à 25 ans, période de latence.

24 ans (1951) : 1ère grossesse :

accouchement normal, enfant bien portant.

25 ans (1952) : Apparaissent les premiers signes fonctionnels avec Dyspnée d'effort qui n'est pas très marquée, qui cependant s'accroît progressivement, travaux ménagers très diminués.

Dyspnée de décubitus, le soir au coucher, toux sèche quinteuse avec picotement laryngé nécessitant 2 oreillers.

Crises paroxystiques d'oedème subaigu du poulmon : assez souvent se produisent vers 2 à 3 heures du matin, le sommeil est interrompu par une dyspnée angoissante, sans douleur thoracique, avec toux et expectoration mousseuse rosée avec grésillement laryngé à type d'oedème subaigu, bronchites à répétitions, pas de dyspnée permanente.

Palpitations : La malade présentait des palpitations mais jamais de syncopes, ni picotements précordiaux.

Ces manifestations fonctionnelles ne semblent pas avoir été sensiblement aggravées par les règles.

28 ans (décembre 1956) 2ème grossesse : dès le début de la grossesse, dyspnée paroxystique nocturne.

Toux incessante s'accompagnant d'une irritation du pharynx, d'une expectoration muco-purulente mousseuse peu abondante.

Pas de sang. Pas de cyanose.

En outre, une asthénie profonde, palpitations, angoisses, traitées au mois de Janvier 1956 par Acylamide, Vasodilatateurs, diurétiques, Sédibaine, mais avec un résultat décevant et devant son état aggravé, la malade est dirigée pour bilan cardio-vasculaire dans le service pour commissurotomie éventuelle.

29 ans (Début Mai 1956) Enceinte de 5 mois.

Dyspnée d'effort accrue 4 à 5 marches.

Poumon cardiaque

Dyspnée de décubitus : 3 oreillers.

Toux sèche, quinteuse incessante avec expectoration purulente.

Pas de mousse.

Pas de sang.

Bronchites à répétition.

Coeur, auscultation :

pointe : Rythme sinusal

Roulement diastolique 5/10

Eclat de B1

Pas de souffle systolique

base : R.A.S.

Pas d'insuffisance ventriculaire droite.

Radioscopie face :

Arc moyen gauche allongé convexe

Arc inférieur gauche normal.

O.A.D. : Ventricule droit légèrement augmenté

O.A.G. : Oreillette gauche sensiblement augmentée.

T.G. : Oreillette gauche augmentée.

E.C.G. : Axe QRS = +120

ÂT = + 30

Hypertrophie auriculaire gauche.

Hypertrophie légère ventriculaire droite.

Poumons, auscultation, percussion et transparence normales.

Foie : normal, non sensible, pas de reflux hépato-jugulaire.

Artères : T.A. 11 ½ - 7 ½, Artères périphériques battant bien.

Veines : R.A.S.

Pas d'oedèmes des membres inférieurs.

Pas d'accidents thrombo-emboliques.

Rate : ni percutable, ni palpable.

App. urinaire : Diurèse = 1000 cc par 24 heures

Albumine = 0

Sucre = 0

Ex. complémentaires :

Urée 0,30 g/L.
G.R. 4.830.000
G.B. 19.800
Hb 95 %
V.S. 100-120-130

Conclusions

Rétrécissement mitral pur + grossesse 5 mois chez une femme dont la dyspnée d'effort et de décubitus s'accroissent progressivement avec crises d'oedème subaigu du poumon, la progression des accidents gravido-cardiaques et l'échec du traitement médical font poser l'indication de la commissurotomie.

Intervention (15-5-56) Hôpital Broussais,
Serv. du Pr. d'Allaines

Compte rendu opératoire :

Auricule très volumineuse et tendue mais libre de caillots. Sténose très serrée sans régurgitation ni calcification avec le doigt et complété par le dilatateur on détermine d'emblée une commissurotomie totale en avant ne laissant persister qu'un petit pont de commissure postérieure, sans régurgitation.

Suites opératoires immédiates satisfaisantes.

La malade se plaint d'une légère sensation de gonflement thoracique sans dyspnée vraie.

Coeur, auscultation :

Eclat de B1
Léger souffle systolique à la pointe.
Roulement diastolique disparu.

30-5-56 15 jours après la commissurotomie,

Etat général excellent.

Très peu de dyspnée d'effort, pas de dyspnée de décubitus.

En Août 1956, 3 mois après l'intervention :
Accouchement normal à terme d'une petite
fille bien portante.

1 an après l'intervention (4-57)

Une lettre de la malade nous fait savoir
que son état est excellent, plus de dysp-
née d'effort , dort sans oreiller, et n'a
jamais eu d'oedème pulmonaire depuis l'in-
tervention. L'enfant se porte bien.

° °

OBSERVATION N° 12

Madame R... Andrée. 39 ans. Ménagère. Enceinte
de 6 mois de sa 8ème grossesse + Rétrécissement
mitral

o

10 ans (1927) Crises de R.A.A. : qui se repro-
duisent assez irrégulièrement jusqu'à
l'âge de 16 ans, sans lésion cardiaque
découverte, traitement salicylate.

22 ans (1939) 1ère grossesse : Normale, accou-
chement normal, enfant vivant.

24 ans (1941) 2ème grossesse : Normale, accou-
chement normal, enfant vivant.

26 ans (1943) 3ème grossesse : Apparitions d'un
oedème des membres inférieurs, Accouchement
normal, enfant vivant.

32 ans (1949) 4ème grossesse : A l'occasion
d'une pleurite, on lui trouve à la radio
Cardio-mégalie: un gros coeur, accouchement
normal, enfant vivant.

34 ans (1951) 5ème grossesse : Apparition d'une
dyspnée d'effort et de décubitus, sans toux,
ni crachats, grossesse à peu près normale,
mais à l'accouchement, masque d'oxygène
en permanence, enfant vivant.

36 à 38 ans (1953-55) 6ème et 7ème grossesses.
Augmentation de la dyspnée d'effort et de

décubitus. La marche à plat est très pénible. La malade passe ses 2 grossesses presque entièrement au lit, sous surveillance de son médecin et d'un cardiologue. Les 2 accouchements normaux et les 2 enfants vivants.

39 ans (1956) 8ème grossesse : Depuis le début de cette grossesse, elle se plaint d'une dyspnée avec douleurs thoraciques à type de barre, avec crachats mousseux, rosés, céphalées intervenant la nuit comme le jour; suivie dès le début de cette grossesse par l'hôpital d'Angers. Dernier traitement : XV gouttes de digitaline 3 jours par semaine. Gardénal, Scille, Théobromine les autres jours. Diurétiques mercuriels 1 fois par semaine. Régime repos.

20-8-56 : L'amélioration étant très relative, la malade est envoyée dans le service du Pr. Mouquin.

25-8-56 : Après le déjeuner, elle présente une crise douloureuse débutant dans la région précordiale et irradiant dans le dos du côté gauche, accompagnée de vomissements. Cette douleur est calmée par le Dolosal ; à 17 heures reprise de la douleur, plus intense, à type de serrement et irradiant dans le thorax et le dos, en ceinture jusqu'au soir.

E.C.G. :

Rythme régulier

AQRS = 60

P1 empâté, P2 arrondi.

D3 crochetage de r

VR-P (-) VF-P bifide.

V1-P biphasique (+-) empâté $\approx$ 0°12

T (-)

V2 crochetage de l'onde S sans dénivellation S.T.

P diphasique

V3-V4 V5-V6 aspect semblable

Zone de transition en V1 V2

12-9-56

Récidive de la dyspnée accompagnée de la douleur thoracique gauche.

A l'auscultation : diminution du murmure vésiculaire, quelques petits râles à la fin de l'inspiration

14-9-56 :

Amélioration de la dyspnée revenue à son état d'avant la dernière crise.

Actuellement : le 22-9-56 à son arrivée dans le service de chirurgie cardio-vasculaire :

Dyspnée d'effort quelques marches

Dyspnée de décubitus = 2 oreillers

Coeur, auscultation :

Rythme régulier

Roulement diastolique 4/10

Eclat de B1

Dédoublement de B2

Les bruits du coeur s'entendent jusque dans le dos à droite et à gauche.

Radioscopie face :

A.M.G. rectiligne

A.O.D. dépassant de beaucoup l'ombre du rachis à droite, sans image de double contour.

O.A.D. : Grosse oreillette gauche, augmentée de volume, bombant sur l'oesophage.

Poumons, radio : champs pulmonaires très chargés.

Auscultation : quelques petits râles à la fin de l'inspiration.

Foie : ne déborde pas le rebord costal, mais sensible à la palpation. Pas de reflux hépato-jugulaire.

Artères : T.A. : 12-7 - Serait montée à 16 ½ au début de cette grossesse, artères périphériques battantes.

Veines : R.A.S. Pas de signes de phlébothrombose.

Rate : ni percevable, ni palpable.

Pas d'oedèmes des membres inférieurs, mais cellulite douloureuse des chevilles.

App. urinaire : Diurèse = 800 cc

Albumine = 0 (de 24 heures).

Sucre = 0

Culot urinaire, nombreux bacilles de type Coli.

Ex. Complémentaires :

Urée 0,20 g/l.

V.S. 15-35-56

G.R. 3.200.000

G.B. 7.800

Valeur globulaire 1

Hb = 63

Conclusions

Rétrécissement mitral pur 4/10 avec poussée d'insuffisance cardiaque récente, dyspnée au moindre effort malgré le traitement tonicardiaque. Légère hypertrophie ventriculaire droite électrique et du fait que la malade est déjà mère de 7 enfants, et demande l'intervention, la commissurotomie est décidée.

Intervention (26-9-56), Hôpital Broussais, Serv. du Pr. d'Allaines.

Compte rendu opératoire :

Aspect un peu inhabituel, car artère, oreillette et veine pulmonaire gauche assez peu distendues, cavité large, pas de caillot, pas de régurgitation, l'orifice mitral est large d'environ 1 doigt $\frac{1}{2}$.

Le rétrécissement est souple, impossibilité de fracturer au doigt. Avec le dilatateur, on arrive à 2 doigts $\frac{1}{2}$ sans régurgitation.

Pression intracardiaque :

(L'artère pulmonaire 22,5/10
Avant (Ventricule gauche 85 /10
(T.A. 9/8

(Auricule gauche 12/ 9
Après (Artère pulmonaire 22/10
(Ventricule gauche 125/ 0
T.A. 11/8

Suites opératoires immédiates : satisfaisantes,
pas de complication, grossesse poursuit
son cours.

1 mois après (octobre 1956) l'intervention :

Malade très améliorée.

- 1) Amélioration des troubles fonctionnels.
- 2) Peut monter 2 étages sans essoufflement.
- 3) Pas de dyspnée de décubitus.

Coeur, auscultation :

Rythme régulier

Roulement diastolique discret.

Eclat de B1

Dédoublément de B2

- Donc pratiquement, une diminution d'inten-
sité du roulement.

Début novembre 1956 : Accouchement normal à
terme sans difficulté, enfant vivant pesant
3400 g en bonne santé.

°°

OBSERVATION N° 13

Madame Ma... Lucette, 30 ans. Infirmière.
Enceinte de 4 mois.

Rétrécissement mitral.

o

10 ans (1942) R.A.A. : A l'âge de 10 ans, une
crise unique de R.A.A. Le médecin vu à ce
moment aurait déjà parlé d'un souffle.

- 15 ans (1947) Primo-infection : Primo-infection sévère, nécessitant un séjour de 6 mois en Sana (Suisse).
- 18 ans (1950) 2ème grossesse (une 1ère grossesse s'est auparavant terminée par une fausse couche consécutive à une appendicectomie). Cette grossesse évolue sans incidents. Accouchement normal à terme d'un enfant bien portant.
- 20 ans (1952) : Lors d'un examen systématique, on découvre le souffle cardiaque. Pas de traitement.
- 22 ans (1954) Cardiopathie : Un nouvel examen montre des anomalies pulmonaires et un examen complet fait parler pour la 1ère fois d'un rétrécissement mitral. Mais aucun signe fonctionnel.
- 24 ans (1956) 3ème grossesse : Coïncidant avec le début de la 3ème grossesse, apparaissent une dyspnée d'effort qui augmente rapidement d'intensité et un oedème malléolaire.
- 24 ans (1956) actuellement : Dyspnée d'effort dès le 1er étage.
Pas de dyspnée de décubitus.
Oedème malléolaire le soir à la fatigue.
Bon état général : 72 kg pour 1 m 63.
Corps thyroïde un peu augmenté de volume, surtout lobe gauche. Pas d'exophtalmie, pas de tremblement.
- Coeur :
- Rythme régulier à 84. T.A. 13-7
Palpation : pas de frémissement.
Auscultation : Eclat important de B1. Roulement diastolique 4/10. Pas de dédoublement de B2. A la base, éclat de B2.
- Radio : coeur augmenté de volume.
A gauche, saillie de l'arc moyen et de l'arc inférieur gauche, à droite, saillie de l'arc inférieur droit.
- E.C.G. :
- Axe droit. Hypertrophie ventriculaire gauche.
R important en V5

Poumons : Auscultation : R.A.S.

Radio : Culs-de-sac costo-diaphragmatiques comblés - oedème important des deux champs pulmonaires prédominant aux bases.

Foie : Le rebord inférieur ne dépasse pas le rebord costal.

Rate : non percevable.

M. inférieurs : oedème malléolaire léger.

Ex. neurologique : R.A.S.

Ex. complémentaires :

G.R. 5.010.000 V.S. 115-120-130

C.B. 9.300

Commissurotomie (20-12-56) Hôpital Broussais.
Serv. du Pr. d'Allaines.

Compte rendu opératoire :

Rétrécissement pur chez une femme enceinte de 4 mois. Libération d'une symphyse pleurale supérieure. Bonne auricule. Orifice de plus d'un travers de doigt avec valves souples et fusion élastique des commissures. Commissurotomie digitale sur les 2 commissures.

Orifice plus de 3 travers de doigts, sans régurgitation avec valves souples, cordages souples et excellent jeu. En pratique, c'est une restitution ad integrum.

Suites opératoires excellentes : A accouché le 16-V-56 d'un garçon de 2.400 g en bonne santé.

6 mois après (VI-57) 1 mois après l'accouchement. Bon état général. Pas de dyspnée d'effort. T.A. 13/7, aucun signe d'insuffisance cardiaque.

15 mois après (III-58), la commissurotomisée est en bonne santé, et ne présente ni dyspnée de repos, ni d'effort, n'est plus essoufflée à la marche. L'enfant se porte bien.

OBSERVATION N° 14

Madame W... Huguette, 29 ans, Ménagère. Enceinte de 3 mois et demi

Rétrécissement mitral - Hospitalisée le 19-2-57.

o

19 ans (1946) 1ère grossesse : Normale, accouchement normal, enfant B.P.

20 ans (1947) 2ème grossesse : normale, accouchement normal, enfant B.P.

21 ans (1948) 3ème grossesse : normale, accouchement normal, enfant B.P.

La malade ne signale que des lipothymies fréquentes au cours de ces 3 grossesses.

23 ans (1950) Crise de R.A.A. typique, traitée par le Salicylate IV. On lui signale une atteinte cardiaque et on lui déconseille d'autres grossesses.

25 ans (1952) 4ème grossesse : Très essoufflée à la montée, douleurs articulaires par crises traitée par Gentisate.

Accouchement normal, enfant bien portant.

Après cette grossesse : aggravation des troubles fonctionnels :

Dyspnée d'effort en plat (200 mètres) crachats mousseux rosés avec toux très pénible.

Des crises d'oedème pulmonaire d'effort se répètent irrégulièrement et exclusivement à l'effort. Pas de dyspnée au repos.

La malade est traitée par des cures de

Digitaline.

28 ans (1955) 5ème grossesse : Dyspnée paroxystique

Orthopnée sans expectoration, accouchement au forceps, enfant B.P.

Actuellement :

29 ans (février 1957) 6ème grossesse : Enceinte de 3 mois ½.

Dyspnée d'effort moins de 1 étage.

Dyspnée de décubitus : apparition pour la
lère fois durant cette grossesse et d'em-
blée assez grave. Dort assise avec accès
d'étouffement nocturne mais sans expecto-
ration.

Coeur , palpation : Frémissement cataire diasto-
lique apexien.

Auscultation pointe :

Rythme régulier à 100

Roulement diastolique 5/10

Eclat modéré de B1

Dédoublement peu espacé de B2

Xiphoidé : bruit de galop.

Radio, face :

Volume normal

Déboordement droit légèrement augmenté sans dou-
ble contour

A.M.G. allongé, petite saillie supérieure

A.I.G. normal

E.C.G.

RS

P en VI diphasique rapide négativité traî-
nante

A Q R S $\approx 90^\circ$

Bloc incomplet droit

Poumons radioscopie : Diminution de la transpa-
rence pulmonaire prédominant à la partie
moyenne et aux bases

Auscultation : R.A.S.

Foie : augmenté d'un travers de doigt, non dou-
loureux. Pas de reflux hépato-jugulaire.

Artères : T.A. 11-6 Artères périphériques bien
battantes

Veines : pas de signes de phlébothrombose.

Rate : ni percevable, ni palpable.

Ex. complémentaires :

Urée 0,20 g/L.

V.S. 40-75-93

G.R. 3.300.000

G.B. 5.900

Valeur globulaire 1

Conclusions

Le rétrécissement mitral s'accompagne d'une accentuation des signes pulmonaires, dyspnéiques et cardiaques et une légère hépatomégalie, 6ème grossesse avec des crises d'oedème pulmonaire d'effort depuis 3-4 ans font poser l'indication opératoire de commissurotomie.

Intervention (1-3-57) Hôpital Broussais,
Service du Pr. d'Allaines

Compte rendu opératoire :

L'oreillette et l'auricule sont petites, l'artère pulmonaire est moyennement tendue. Sténose mitrale très serrée ($\frac{1}{2}$ doigt) sans régurgitation avec 2 bonnes valves, mais fibreuses, lisses et inextensibles au doigt. Avec dilatateur, on obtient plus de deux doigts, sans régurgitation.

Suites opératoires immédiates bonnes :

Coeur, auscultation :

Rythme régulier 100 avec légère tachycardie de temps en temps nécessitant de la Digitaline.

Poumons : Léger encombrement, intolérance à la Pénicilline, traitée par ClNH_4 (aérosols) Spasmalgine, Vit. E et Vit. B.

15 jours après l'intervention : quitte le service : état général et fonctionnel très amélioré, grossesse se poursuivant normalement

(Impossible de retrouver la trace ensuite)

OBSERVATION N° 15

Madame P... Bernadette, 35 ans, mère de 10 enfants, enceinte de 5 mois.

Rétrécissement mitral.

o

Antécédents : L'interrogatoire est difficile. Il ne semble pas y avoir des antécédents de R.A.A. ni de chorée, ni de scarlatine, ni d'angines.

Depuis l'âge de 25 ans (1946) un accouchement tous les 11 mois, soit jusqu'ici 10 accouchements tous bien supportés. La malade présente une dyspnée importante, surtout dyspnée d'effort à 1 étage. Dyspnée de décubitus légère.

33 ans (1954) Rétrécissement mitral, à l'occasion d'une asphyxie accidentelle au gaz on découvre le rétrécissement mitral. Depuis, aggravation progressive de la dyspnée, la marche est presque impossible, en décubitus 2 oreillers.

36 ans (1957) Accident cérébral : Les signes pulmonaires se complètent. Toux incoercible avec stase pulmonaire importante. Signes qui diminuent au traitement symptomatique sans disparaître et le 6-XI-57 un accident cérébral survient à type de confusion mentale avec désorientation complète. Oedème cérébral. Plus de réflexe rotulien gauche. Les signes disparaissent en 24 heures sans séquelles pas de fièvre, mais la toux persiste.

Actuellement : coeur, auscultation :

Roulement diastolique à la pointe 5/10
Eclat de B1. Petit souffle systolique 1/10
Dédoublément de B2
Nous n'avons pu retrouver les autres examens.

Artères : souples, bien perçues, T.A. 10-6

Poumons : Râles et submatité des deux bases.

En résumé : pas de trouble du rythme. Accident embolique cérébral 1957. Pas d'insuffisance ventriculaire droite, pas de traitement anticoagulant. Rétrécissement mitral pur.

Ex. complémentaires :

G.R. 3.600.000 G.B. 7.100

Hb 85 %

V.S. 117-139-147.

Commissurotomie : Hôpital Broussais, Service du Professeur d'Allaines.

Compte rendu opératoire :

Rétrécissement mitral assez serré uniquement pur. Pulmonaire distendue. Bonne auricule, orifice admettant la pulpe de l'index. Sans régurgitation. Petites valves fibreuses pratiquement détruites. Fusion au niveau de la commissure à la fois fibreuse et résistante. La commissurotomie digitale donne un travers de doigt à frottement et fait apparaître une petite régurgitation. On ne peut obtenir plus.

Cependant, le jeu relativement conservé de la grande valve peut faire penser qu'un agrandissement plus poussé n'accroîtrait pas la régurgitation. Le dilateur introduit et ouvert deux fois avec prudence. Orifice plus de 2 travers de doigt. La commissure antérieure n'a pratiquement pas cédé. La postérieure est déchirée et à son niveau la pointe d'un des piliers est arrachée en sorte qu'il existe une régurgitation massive de l'ordre de 7 à 8/10.

En même temps, le cœur est passé en arythmie. Aucune correction valable de l'insuffi-

sance ne paraît chirurgicalement possible.

Suture de l'auricule. Fermeture partielle du péricarde. Le coeur continue en arythmie. Grosse insuffisance cardiaque et finalement collapsus. Le massage cardiaque, Adrénaline intra-cardiaque n'arrivent pas hélas à faire battre son coeur régulièrement. La malade meurt.

Compte rendu d'autopsie :

Oreillette gauche moyennement dilatée, hypertrophique. Orifice mitral en entonnoir où les commissures sont indiscernables, commissure antérieure infiltrée de calcaire.

Disparition des cordages, déchirure en son milieu de la grande valve jusqu'à l'anneau. Artère pulmonaire très distendue.

Poumon : hépatisation complète du lobe inférieur gauche, subtotale du lobe supérieur gauche. A droite, hépatisation légère du lobe supérieur tandis que l'inférieur droit est normal.

Morte d'une insuffisance mitrale.

Il s'agit ici d'une malade déjà mère de 10 enfants, dont les grossesses successives se sont bien passées, mais dont une nouvelle grossesse accentue des troubles fonctionnels à type de dyspnée.

Un diagnostic de R.M. pur est porté, l'indication de commissurotomie est posée. L'intervention se heurte à des difficultés in situ, dues à la présence de calcification, le dilateur a eu son effort dévié de ce fait et provoqué une insuffisance mitrale irréparable chirurgicalement. La malade meurt.

OBSERVATION N° 16

Madame D... Henriette, 35 ans. Manutentionnaire.
Malade depuis 2 mois.

Rétrécissement mitral.

o

- 20 ans (1943) Crise de R.A.A. : qui dure 1 mois puis rechute 15 jours plus tard, pendant 3 semaines. Traitée au Salicylate. Apparition d'une légère dyspnée d'effort.
- 22 ans (1945) Récidive du R.A.A. : Consécutive à une angine. Traitée pendant 5 mois par le Salicylate. Aggravation de la dyspnée d'effort (limite : 1 étage) Apparition d'une dyspnée de décubitus.
- 23 ans (1946) Récidive du R.A.A. : Même traitement, pas de changement fonctionnel.
- 24 ans (1947) Crise d'O.A.P. : dyspnée intense, oppression thoracique, quintes de toux qui entraînent l'expectoration mousseuse hémoptoïque, abondante. Des lors, augmentation de la dyspnée d'effort, la marche à plat est très pénible, la montée impossible dès le 1/2 étage. La nuit la position assise est obligatoire par suite de la dyspnée de décubitus.
- 30 ans (1953) 1ère grossesse : que la malade passe entièrement au lit. Malgré un traitement sérieux et un régime sévère, a plusieurs crises d'œdème subaigu. Accouchement difficile nécessitant une césarienne. Diminution de la dyspnée d'effort, notamment pour la marche plus aisée, sauf à la période pré-menstruelle. Là, l'effort provoque une dyspnée importante avec rejet d'une expectoration mousseuse d'ailleurs peu abondante.

34 ans (1957) 2ème grossesse : Augmentation de la dyspnée d'effort et de décubitus, réapparition des crises d'oedème subaigu nocturnes. Malgré régime sévère et diurétiques mercuriels.

35 ans (1958) Actuellement : Dyspnée d'effort: $\frac{1}{2}$ étage, de décubitus : 2 oreillers au moins.

Coeur auscultation : Rythme 120. Eclat de la pointe modéré de B1

Souffle systolique en jet de vapeur 3 à 4/10.

Dédoublement assez sourd de B2. Roulement proto-diastolique 2 à 3/10.

En BLG renforcement des signes, irradiation du souffle systolique en jet de vapeur.

Radioscopie face - Cardiomégalie légère.

Arc inférieur gauche allongé battant normalement.

Arc moyen gauche allongé avec légère saillie convexe de la partie inférieure. Artères pulmonaires non battantes.

O.A.D.

Oreillette gauche augmentée.

Ventricule droit augmenté légèrement

O.A.G.

Image normale.

T.G.Oreillette gauche augmentée.

Pas de calcifications valvulaires.

E.C.G.

A Q R S 80°

FA axe vertical sans nette HUD

Poumons, auscultation, percussion normales.

A la radioscopie : transparence légèrement diminuée.

Foie : déborde de 1 travers de doigt $\frac{1}{2}$. Est pulsatile mais non douloureux. Reflux hépato-jugulaire positif.

Artères : T.A. 11-7 Artères périphériques battantes

Veines :

Pression veineuse 14 ½-20 ½ - 15

Vitesse circulatoire : 24"

Pas d'oedèmes des membres inférieurs.

Pas de signes de phlébothrombose.

Rate : ni percutable, ni palpable.

App. urinaire : Albumine = 0

Sucre = 0

Ex. complémentaires : urée 0,20

V.S. 6-16-78

G.R. 3.840.000

G.B. 7.200

Conclusions

Le rétrécissement s'accompagne d'une insuffisance mitrale non négligeable, cependant les signes fonctionnels font poser l'indication opératoire de commissurotomie.

Intervention (6-II-1958) Hôpital Broussais,
Service du Pr. d'Allaines.

Compte rendu opératoire :

Poumons un peu oedémateux, pulmonaire moyenne, auricule libre de tout caillot. Le toucher mitral montre qu'il s'agit essentiellement d'une insuffisance mitrale. La régurgitation est très importante. L'orifice admet au moins 1 doigt ½. L'appareil mitral est souple et non calcifié, mais on ne sent pas une grande valve normale au lieu de l'abondance du tissu valvulaire habituel, ce qu'on sent ressemble à une petite valve, la fuite qu'on ne peut localiser ni en avant ni en arrière est due à cette espèce de rétraction de la grande valve qui peut être attirée vers le ventricule. Dans ces conditions, on renonce à toute commissurotomie.

Suites opératoires immédiates :

pas de complications

La dyspnée demeure, pas de palpitations,
ni douleur.

Auscultation :

Bruits assourdis, souffle systolique en
jet de vapeur diminué à 1/10, plus d'irra-
diation nette, plus de roulement diastoli-
que.

1 mois plus tard (mai 1958) :

La grossesse se poursuit normalement. La
malade est améliorée. Pas de crises d'oedè-
me pulmonaire, plus de dyspnée.

° ° °

OBSERVATION N° 17

Madame BA... Jeanne, 43 ans. Gérante en ali-
mentation. 2 enfants. Enceinte.

Rétrécissement mitrale

°

13 ans (1928) R.A.A. : prenant les articula-
tions de la hanche, du genou, crise de
3 semaines avec fièvre. Le traitement est
inconnu, pas de récides, ni rechute.

18 ans (1933) Dyspnée à l'effort modérée.

Plus de bicyclette. Monte 4 étages. Pas
de dyspnée de décubitus.

30 ans (1945) 1ère grossesse : normale ainsi
que l'accouchement. Pas d'augmentation de
la dyspnée d'effort, mais traitement à la
Digitaline.

38 ans (1953) 2ème grossesse : normale, accou-
chement aussi. Mais les signes fonction-
nels augmentent. La dyspnée d'effort limi-
te la montée à 1 étage, et dyspnée de
décubitus modérée : 1 oreiller.

Depuis la grossesse : aggravation : dyspnée
de décubitus : 2 oreillers, crises d'étouff-

fement réveillant la malade ; toux sans expectoration, Un effort un peu prolongé amène une quinte de toux obligeant au repos. Accentuation pendant la période pré-menstruelle.

Le 24-I-58 en fibrillation auriculaire : Traitement anticoagulant. Pindione mais insuffisant à cause de la grossesse.

43 ans (1958) actuellement : enceinte de 5 mois; dyspnée d'effort dès quelques marches, dyspnée de décubitus, malgré régime sans sel, Digitaline. Pas de traitement anticoagulant.

Avant cette grossesse, au moment des règles, accès de tachycardie de 10 à 15 minutes environ. Pas de phlébite, ni d'embolies. Pas d'hépatalgie d'effort. Bon état général. Pas de fièvre.

Coeur, auscultation : Rythme régulier 80.

Eclat de B1, dédoublement de B2 espacé.

Roulement diastolique 5/10 avec frémissement diastolique. Systole libre.

Radioscopie face : Coeur couché, arc inférieur gauche globuleux mais non allongé battant bien. Arc moyen gauche allongé rectiligne. Artères pulmonaire augmentée non battante.

O.A.D. : Oreillette gauche augmentée de volume à rayon moyen, contractilité moyenne.

Ventricule droit légèrement augmenté. Arc moyen gauche augmenté.

O.A.G. : Oreillette droite paraît un peu forte, oreillette gauche augmentée. Pas de calcifications valvulaires.

E.C.G. : A Q R S = 75 ° Fibrillation auriculaire.

Poumons scopie : Poumons clairs.

Auscultation, percussion : R.A.S.

Foie : déborde 1 travers de doigt, non douloureux. Léger reflux hépato-jugulaire.

Artères : T.A. 10-5 - Artères périphériques
battant bien.

Rate : ni palpable ni percutable.

Veines : pression veineuse : 13 ½ - 16 ½ - 12

Vitesse circulatoire : 32"

Pas d'oedèmes des membres inférieurs.

Pas de signes de phlébothrombose.

App. urinaire : Diurèse 600 cc Albumine = 0

Sucre = 0

Ex. complémentaires : Urée 0,20

V.S. 14-36-106

G.R. 3.970.000

G.B. 6.000

Conclusions

Rétrécissement mitral serré mal toléré chez une femme enceinte de 5 mois en fibrillation auriculaire, a subi un traitement anticoagulant. Poumon cardiaque, indication opératoire.

Intervention (14-2-58) Hôpital Broussais,
Serv. du Pr. d'Allaines.

Compte rendu opératoire :

L'auricule contient un thrombus organisé lequel est enlevé complètement. Sténose mitrale serrée à 1 doigt, frottement dur. Pas de régurgitation, grande valve souple.

Fracture complète de la commissure, antérieure, commissure postérieure partiellement ouverte, mais elle est courte, orifice à 2 doigts ½. Libération d'une agglutination antérieure des cordages.

Suites opératoires immédiates simples.

Traitée par Vit. E. depuis l'entrée jusqu'au 7ème jour post-opératoire, traitement Pindione arrêté depuis la veille de l'intervention et

n'a pas été repirs, la grossesse poursuit normalement son cours.

10 jours après l'intervention 22-2-58 :

Dyspnée d'effort marche à plat possible.

Dyspnée de décubitus : 2 oreillers.

Auscultation coeur face : rythme régulier à 90.

Roulement diastolique disparu

B1 normal

petit souffle systolique 1/10 n'irradiant pas.

2ème espace intercostal gauche : éclat de B2 modéré.

2ème espace intercostal droit : normal.

à la xiphoïde : normal.

Foie : ne déborde pas, pas de reflux hépato-jugulaire.

Poumon : sonorité normale. Auscultation normale.

Artères : T.A. 10-6. Artères (le pouls) palpables aux 4 membres.

Veines : Pression veineuse : $16 \frac{1}{2}$ - $16 \frac{1}{2}$ - $16 \frac{1}{2}$
Vitesse circulatoire = 18"

Pas d'oedèmes des membres inférieurs ni de signes de phlébothrombose.

Sortie le 28-2-58 en état satisfaisant, grossesse poursuivant son cours.

3 semaines après l'intervention :

Nous apprenons que le 10 mars, la patiente a été admise pour 3 jours dans une Maternité pour quelques métrorragies et contractions utérines, arrêtées par traitement et lavement laudanisé.

La grossesse se poursuit normalement.

6 semaines après l'intervention :

Vers le 30 mars, de nouveau des métrorragies et fait un accouchement prématuré au 7ème mois de sa grossesse, d'un foetus anasarque et ascite. Dénouement paraissant sans rapport avec l'intervention, c'est-à-dire 6 semaines après la commissurotomie.

R E S U M E

-:-

Observation N° 1 -

30 ans, 2 grossesses, enceinte de 5 mois, rétrécissement mitral pur, crises d'O.A.P.

Suites opératoires normales, la grossesse évolue normalement.

13 semaines plus tard, accouchement par césarienne 3 semaines avant le terme, bien supporté. Enfant vivant 2 kg 950.

19 mois plus tard, mène une vie normale, travaille et s'occupe de ses enfants.

Observation N° 2 -

32 ans, 2 grossesses, enceinte de 3 mois $\frac{1}{2}$, rétrécissement mitral pur serré. Etat de mal oedémateux, infarctus pulmonaire hémoptysie à répétition. Suites opératoires immédiates inquiétantes à cause de l'état de mal oedémateux. Menace d'interruption de grossesse, amélioration progressive jusqu'à équilibre cardiaque.

Accouchement à terme par césarienne d'un garçon 3 kg 500.

5 ans après l'intervention, enfant et mère se portent bien. Subsiste seul un léger essoufflement.

Observation N° 3. -

30 ans. 2 grossesses. Enceinte de 4 mois, rétrécissement peu évolué avec troubles fonctionnels modérés. Pas d'urgence opératoire.

Suites opératoires sans incidents. 10 jours plus tard, la grossesse se poursuit normalement. Signes auscultatoires très atténués.

5 mois plus tard, accouchement enfant de 4 kg 500.

5 ans plus tard, mère et enfant en bonne santé.

Observation N° 4 -

35 ans, 3ème grossesse, enceinte de 4 mois $\frac{1}{2}$, rétrécissement mitral serré, dyspnée très importante au moindre effort.

Suites opératoires bonnes, la grossesse se poursuit normalement. 5 mois plus tard accouchement par césarienne : fille 2 kg 950; depuis, amélioration maintenue, plus de dyspnée malgré reprise des occupations courantes.

Observation N° 5 -

32 ans, 2ème grossesse de 2 mois $\frac{1}{2}$. Sténose mitrale pure, dyspnée d'effort, oedème pulmonaire depuis la grossesse.

Suites opératoires : fibrillation auriculaire transitoire. Accouchement à terme, forceps : garçon 3 kg 700.

10 mois après intervention, amélioration persistante, plus de dyspnée. Enfant bien portant.

Observation N° 6 -

23 ans, 2ème grossesse de 5 mois. Rétrécissement pur. Dyspnée d'effort avec tachycardie paroxystique. Hypertension capillaire pulmonaire. Suites opératoires normales, mais 8 jours plus tard, fausse couche. Près de 3 ans plus tard, au point de vue cardiaque, le mieux s'est maintenu.

Observation N° 7 -

28 ans, 6ème grossesse de 2 mois $\frac{1}{2}$. Rétrécissement mitral avec insuffisance aortique discrète. Pression capillaire pulmonaire

élevée, étouffement et dyspnée dès un effort minime.

Suites opératoires normales, la grossesse suit son cours.

Accouchement à terme : forceps. 15 mois plus tard, état général très amélioré. Enfant bonne santé.

Observation N° 8 -

23 ans, 1ère grossesse de 3 mois. Rétrécissement mitral pur, crise d'oedème pulmonaire à répétition.

Suites opératoires normales. Accouchement à terme d'un enfant bien portant. Amélioration persistante pour la mère.

Observation N° 9 -

32 ans, 1ère grossesse de 2 mois $\frac{1}{2}$. Crise d'oedème aigu pulmonaire. Suites opératoires normales.

7 mois plus tard, accouchement normal à terme d'un enfant de 3 kg 700. Bien portant.

1 an après, les signes stéthacoustiques, radiologiques et électriques pathologiques ont disparu.

2 ans après, mère et enfant se portent bien.

Observation N° 10 -

37 ans, 4ème grossesse de 4 mois. Rétrécissement mitral. Oedème aigu à la précédente grossesse, état s'aggravant depuis le début de la grossesse en cours. Signes électriques de bloc de branche droit incomplet.

Suites opératoires normales. Accouchement prématuré 7 mois $\frac{1}{2}$ de 2 jumelles : 2.220 g et 2.030 g. 1 an après, enfants et mère en bonne santé.

Observation N° 11 -

29 ans, 2ème grossesse de 4 mois $\frac{1}{2}$. Rétrécissement mitral pur, dyspnée d'effort et de

décubitus s'aggravant et crise d'OAP ; suites opératoires normales. Accouchement normal à terme d'une fille bien portante : 1 an après : enfant et mère en excellente santé.

Observation N° 12 -

39 ans, 8ème grossesse de 6 mois. Rétrécissement mitral avec poussée insuffisance cardiaque récente. Dyspnée importante. Suites opératoires normales.

Accouchement normal à terme d'un enfant bien portant de 3 kg 400.

Observation N° 13 -

30 ans. 3ème grossesse de 4 mois. Rétrécissement mitral pur, oedème pulmonaire, dyspnée d'effort. Suites opératoires normales.

Accouchement normal à terme d'un garçon de 2 kg 900.

15 mois plus tard, mère et enfant en bonne santé.

Observation N° 14 -

29 ans, 6ème grossesse de 3 mois et demi. Rétrécissement mitral avec crises d'oedème pulmonaire d'effort depuis 3-4 ans.

Suites opératoires normales. Quitte le service en bonne santé, 15 jours plus tard, la grossesse suit son cours.

On n'a pas eu de nouvelles depuis ce moment.

Observation N° 15 -

35 ans. 11ème grossesse de 5 mois.

Rétrécissement mitral pur serré. Un accident cérébral, oedème pulmonaire. Mort 7 heures après l'intervention d'un collapsus.

Observation N° 16 -

35 ans. 2ème grossesse de 2 mois. Rétrécissement mitral avec une certaine insuffisance

mitrale non négligeable. Crises d'oedème pulmonaire aigu. Suites opératoires normales. 1 mois et demi plus tard, amélioration stable, grossesse normale.

Observation N° 17 -

43 ans, 3ème grossesse de 5 mois $\frac{1}{2}$. Rétrécissement mitral, fibrillation auriculaire, encombrement pulmonaire.

Suites opératoires normales. 6 semaines plus tard, métrorragies, accouchement prématuré d'un foetus anasarque. Accident Rh ?

Le lien avec la commissurotomie est difficile à faire.

CONCLUSIONS

-:-

Après avoir présenté ces 17 observations, il ne peut être question d'en tirer des conclusions absolues sur le plan statistique, cependant il s'agit déjà d'une série non négligeable qui peut donner des renseignements précieux.

Précisons bien qu'il ne s'agit pas de montrer ici la valeur de la commissurotomie comme traitement de la sténose mitrale, ce qui est actuellement universellement admis. Il ne s'agit pas non plus d'analyser les éléments sur lesquels l'indication opératoire est posée en dehors de la grossesse, ce qui a été également l'objet de nombreuses confrontations et communications. Il va sans dire que les contre-indications demeurent pendant la gravidité.

La grossesse par l'accroissement des besoins circulatoires exige du coeur un débit supplémentaire, augmentant les troubles ce qui rend plus nécessaire encore l'intervention.

17 cas opérés, 1 décès, Le pronostic opératoire n'apparaît pas plus grave chez la femme enceinte. Encore devons-nous préciser que cette mort est due à des causes purement cardiaques et non gravidiques.

Que les malades aient été améliorés, et aient pu mener une vie quasi normale après

l'intervention est aussi de constatation maintenant banale. Notons cependant que l'amélioration leur a permis de mieux supporter leur grossesse et que les bénéfices immédiats de l'intervention ont été ici plus grands que dans les commissurotomies courantes.

Comment ont évolué les grossesses. Sur les 17 cas que le décès d'une opérée ramène à 16, l'impossibilité d'avoir des renseignements sur l'une d'entre elles, et le fait qu'à l'heure actuelle (Mai 1958) une autre poursuit normalement sa grossesse, ramènent en définitive les cas à analyser sur ce point à 14.

Ces 14 cas se décomposent de la façon suivante : 2 fausses couches, 1 accouchement prématuré, 2 forceps, 3 césariennes, 6 accouchements normaux à terme. Majorité d'accouchements normaux à terme. Les césariennes ont-elles été décidées par précaution cardio-vasculaire ou par nécessité obstétricale, nous n'avons sur ce point aucun renseignement. Les forceps ont été bien supportés. Nous restons là dans les normes obstétricales. L'accouchement prématuré l'a été à 7 mois et demi, et il s'agissait d'une grossesse gémellaire : deux jumelles pesant au total 4.250 grammes, ce qui apparaît une motivation amplement suffisante. Restent les 2 fausses couches.

L'une a eu lieu 8 jours après l'intervention, et il est probable qu'elle en soit la conséquence, malgré l'amélioration très nette de la malade dès après l'opération. L'autre a eu lieu 6 semaines après l'intervention et il est peu probable qu'elle en soit la conséquence.

En résumé, sur les 14 grossesses 12 ont, avec des aleas obstétricaux banaux, donné naissance à 13 enfants bien portants, 2 ont été suivies d'interruption dont 1 seule liée à l'intervention.

Il s'agit de femmes dont le nombre de grossesses antérieures va de 0 à 10 et dont la grossesse en cours a de 2 mois à 6 mois d'âge.

Celle de 6 mois a été menée à terme avec accouchement normal.

Mais sur les 4 grossesses de 5 mois, nous notons les 2 fausses couches, le décès et une césarienne. Le décès n'est pas lié à la gravidité, nous ignorons pourquoi a été décidée la césarienne.

Il est difficile de conclure formellement relativement aux 2 fausses couches. Cependant, nous ne pouvons pas ne pas remarquer que sur l'ensemble des cas le décès et les 2 fausses couches ont eu lieu pour des grossesses de 5 mois.

Malgré la réussite complète de l'intervention sur la grossesse de 6 mois, les accidents étant tous après 4 mois et demi, nous pouvons penser que la première moitié de la grossesse semble plus favorable de pronostic.

Nous pouvons conclure que la commissurotomie pratiquée avec les restrictions de l'indication opératoire habituelle chez une femme enceinte dans le début de sa grossesse ne présente pas de menace pour l'évolution de celle-ci. Nous ajouterons même que la grossesse mal supportée est une indication de plus à l'intervention, ce qui vient restreindre les indications de l'avortement thérapeutique.

Pour terminer, ajoutons que le fait pour la mère de supporter plus facilement sa grossesse et de mener une vie plus normale dans le début de la vie de son enfant ne peut qu'avoir une influence heureuse sur le développement de celui-ci.

Vu :
Le Président :
signé :
F. de GAUDART d'ALLAINES

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

CHOSSON J., JOUVE A. et ZOGRAPHOS G.

A propos du traitement des mitralités chez la femme enceinte.

Bull.Féd.Soc.Gyn.Obst., Oct-déc. 1958, 8, n° 5, 630-634

COOLEY D.A. et CHAPMAN W. (Don)

Commissurotomie mitrale durant une grossesse

J.A.M.A., 15 nov. 1952, 150, n° 11, 1113-1114

DI FONZO N., SERFATI S.O. et BUZZI G.

Rétrécissement mitral. Opération au cours de la grossesse.

Prensa med. argent. 1955, 42, N° 49, 3714, 3716

GLOVER R.P. et Coll.

Rapports de la commissurotomie mitrale et de la grossesse

J.A.M.A. 16 juillet 1955, 158, n° 11, 895-900

HARTZON A.P.B.

Valvotomie mitrale au cours de la grossesse avec deux cas démonstratifs

J.Obst.Gyn.Brit.EMP. Juin 1954, 41, n° 3, 382-386 bibliographie

HALL J.E. et KNAPP R.C.

La commissurotomie mitrale dans la grossesse

Am.J.Obst.Gyn. nov. 1956, 72, n° 5, 970-973

Bibliogr.

IGNA J.E., DETRICK M.F., LAM C.R., KEYES J.W.,
et HODGKINSON C.P.

Grossesse et interventions sur le coeur
Am.J.Obst.Gyn. 1956, 71, n° 5, 1024-1034
Bibliog.

KRAUSS H., REINDELL H., KLEPZIG H., MUSSHOF K.
et STEGMANN G.

Opération du rétrécissement mitral pendant
la grossesse
Deutsche Med. Wschr. An. 1954, 79, n° 17,
690 et 699-700, bibliographie

LEBEL L.L., DESAUTELS S. et LESSARD I.

Commissurotomie mitrale en cours de gros-
sese.

Union Méd.Canada, juil. et 1955, 84, N° 8,
782-790 (Bibliog.)

MARSCHAL R.J. et PANTRIDGE J.F.

La valvulotomie mitrale durant la grossesse
Brit.Med.J. 11 mai 1957, n° 5027, 1097-99
(Bibliog.)

MINGEOT R.

Présentation d'un cas de commissurotomie
mitrale per gravidique

Gynec.Obst. 1953, 2, n° 4, 410-411

MULCAHY R.

Valvulotomie mitrale au cours de la gros-
sese

Acta cardiol. 1957, 12, N° 4, 135-136 et
350-355 bibliog. res. franç.

PIGEAUD H., GARMIER R. et REBOUL J.

Cinq observations d'accouchements chez
des cardiaques ayant subi une commissuro-
tomie

Bull.Féd.Soc.Gyn.Obst. 1955, 2, N° 3,
293-300

REBOUL d'AUBIGNY J.

A propos de sept accouchements observés
chez des cardiaques ayant subi une commissu-
rotomie avant le début de leur gestation
Lyon Méd. 22 janvier 1956, 195, N° 4, 77-
98 bibliographie.

SPURNY J. et LORBEK W.

Grossesse et accouchement après opération
sur le coeur et les gros vaisseaux
Wien.Klin.Wschr., 6 déc. 1957, N° 49, 932-
936 bibliographie.

SURNIA J.C.

Les indications de la valvulotomie mitrale
chez la femme en période d'activité génita-
le
Hôpital, Sept. 1956, 44, N° 662, 471-473

TOCKER A.M., CROW E.W. et EVANS G.E.

Grossesse et cardiopathies. La commissuro-
tomie mitrale durant la grossesse.
J.Kansas Med.Soc. mai 1958, 57, 269, in
Internat.Surg.Dig. oct. 1956, 62, n° 4,
217-221

WATT G.L., BIGELOW W.G. et GREENWOOD W.F.

Un abord chirurgical du traitement du rétré-
cissement mitral au cours de la grossesse
Am.J.Obst. Gyn. fév. 1954, 67, N° 2, 275-
280.

